

Comer, Ronald J.

Störungen in der Kindheit und Adoleszenz

Comer, Ronald J.: Klinische Psychologie. Heidelberg : Spektrum Akademischer Verlag 2008, S. 447-475



Quellenangabe/ Reference:

Comer, Ronald J.: Störungen in der Kindheit und Adoleszenz - In: Comer, Ronald J.: Klinische Psychologie. Heidelberg : Spektrum Akademischer Verlag 2008, S. 447-475 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-7541 - DOI: 10.25656/01:754

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-7541>

<https://doi.org/10.25656/01:754>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.spektrum-verlag.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Ronald J. Comer

Klinische Psychologie

6. Auflage

Herausgegeben von Gudrun Sartory

Titel der Originalausgabe: *Abnormal Psychology, 6th edition* von Ronald J. Comer.

Die amerikanische Originalausgabe ist erschienen bei W. H. Freeman and Company. Copyright © 2007 W. H. Freeman and Company. Alle Rechte vorbehalten.

First published in the United States
by
W. H. Freeman and Company
Copyright © 2007 W. H. Freeman and Company
All Rights Reserved

Übersetzt und herausgegeben von Gudrun Sartory. Änderungen gegenüber den deutschen Voraufagen (1. und 2. deutsche Aufl., übersetzt und herausgegeben von Gudrun Sartory, Josef Metsch und Gabriele Herbst) wurden bei der Neuübersetzung entsprechend der amerikanischen 6. Auflage vorgenommen.

Wichtiger Hinweis für den Benutzer

Der Verlag und die Herausgeberin haben alle Sorgfalt walten lassen, um vollständige und akkurate Informationen in diesem Buch zu publizieren. Der Verlag übernimmt weder Garantie noch die juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für die Nutzung dieser Informationen, für deren Wirtschaftlichkeit oder fehlerfreie Funktion für einen bestimmten Zweck. Der Verlag übernimmt keine Gewähr dafür, dass die beschriebenen Verfahren, Programme usw. frei von Schutzrechten Dritter sind. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Der Verlag hat sich bemüht, sämtliche Rechteinhaber von Abbildungen zu ermitteln. Sollte dem Verlag gegenüber dennoch der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar gezahlt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer ist ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de

6. Auflage 2008

© Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg 2008

Spektrum Akademischer Verlag ist ein Imprint von Springer

08 09 10 11 12 5 4 3 2 1

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Planung und Lektorat: Katharina Neuser-von Oettingen, Anja Groth

Herstellung: Detlef Mädje

Umschlaggestaltung: SpieszDesign, Neu-Ulm

Titelbild: Virginia Halstead

Fotos: siehe Bildnachweise

Satz: klartext, Heidelberg

Druck und Bindung: Stürtz GmbH, Würzburg

Printed in Germany

ISBN 978-3-8274-1905-7

Inhaltsverzeichnis

1

Klinische Psychologie in

Vergangenheit und Gegenwart 1

Was ist psychisch normal und was nicht? 2

Schwierigkeiten bei der Definition
psychischer Störungen 3

Was ist Behandlung? 4

Prävalenz psychischer Störungen 4

Frühere Ansichten und Behandlungsweisen 6

Prähistorische Ansichten und
Behandlungsweisen 6

Griechische und römische Ansichten und
Behandlungsweisen 7

Europa im Mittelalter: Die Dämonenlehre kehrt
zurück. 8

Die Renaissance und das Aufkommen
der Irrenhäuser 10

Das 19. Jahrhundert: Reform und moralische
Behandlung 11

Das frühe 20. Jahrhundert: Somatogene und
psychogene Sichtweisen 14

Aktuelle Entwicklungen 18

Therapeutische Versorgung schwerer
psychischer Störungen 18

Therapeutische Dienste für weniger schwere
psychische Störungen 19

Zunehmende Bedeutung der Prävention von
Störungen und der Förderung psychischer
Gesundheit 20

Aktuelle führende Theorien und Repräsentanten
der Versorgung 21

Exkurs 1.1 Berühmte Menschen, die an psychischen Störungen litten 2

Exkurs 1.2 Exorzismus wird noch praktiziert 7

Exkurs 1.3 Mond und Psyche. 9

Exkurs 1.4 Das Narrenschiff 11

Exkurs 1.5 Psychiatrie im National- sozialismus 17

2

Forschung in der klinischen

Psychologie. 25

Die Aufgaben klinischer Forscher 26

Die Fallstudie 27

Der Wert der Fallstudie. 28

Schwächen der Fallstudie 29

Die Korrelationsmethode. 30

Beschreibung einer Korrelation. 30

Signifikanz von Korrelationen. 32

Stärken und Schwächen der
Korrelationsmethode 32

Besondere Formen der Korrelationsmethode. 33

Das Experiment 34

Die Kontrollgruppe 34

Zufallsverteilung 35

Blindversuch 35

Abwandlungen des experimentellen

Designs. 35

Quasiexperimentelle Versuchspläne 35

Naturexperiment 36

Analogexperiment 37

Einzelfallexperiment 38

Nutzen und Grenzen von Forschungs- methoden 40

Exkurs 2.1 Versuchspersonen haben Rechte. 36

3

Psychopathologische Modelle. 43

Das tiefenpsychologische Modell 45

Freud'sche Erklärungen normalen und
gestörten Verhaltens 45

Andere tiefenpsychologische Ansätze 46

Psychoanalyse und andere tiefen-
psychologische Therapien 47

Beurteilung des tiefenpsychologischen Modells 51

Das humanistisch-existenzielle Modell 51

Gesprächstherapie 52

Gestalttherapie. 54

Existenzielle Theorien und Behandlung 54

Beurteilung des humanistisch-existenziellen
Modells 55

Das soziokulturelle Modell 56

Soziokulturelle Erklärungen gestörten Verhaltens	56	Exkurs 4.5 Der Streit um die prämenstruelle dysphorische Störung	100
Soziokulturelle Behandlungsansätze	59		
Beurteilung des soziokulturellen Modells	61	5	
Das Verhaltenstherapie-Modell	62	Angststörungen	107
Lerntheoretische Erklärungen gestörten Verhaltens	63	Generalisierte Angststörung	109
Verhaltenstherapien	65	Psychoanalytische Perspektive	109
Beurteilung des verhaltenstherapeutischen Modells	66	Gesprächstherapeutische Perspektive	110
Das kognitive Modell	67	Soziokulturelle Perspektive	111
Kognitive Erklärungen gestörten Verhaltens	67	Kognitive Perspektive	112
Kognitive Therapien	68	Biologische Perspektive	116
Beurteilung des kognitiven Modells	68	Phobien	121
Das biologische Modell	69	Spezifische Phobien	123
Biologische Erklärungen gestörten Verhaltens	69	Soziale Phobie	123
Biologische Behandlungen	75	Wie entstehen Phobien?	124
Beurteilung des biologischen Modells	76	Wie werden Phobien behandelt?	127
An der Wegkreuzung: Integration der Modelle	76	Panikstörung	130
Exkurs 3.1 Die Abwehr ruht nie	48	Biologische Perspektive	132
Exkurs 3.2 e-Therapie	70	Kognitive Perspektive	133
		Zwangsstörungen	136
4		Merkmale der Zwangsgedanken und Zwangshandlungen	137
Klinische Untersuchung, Diagnose und Behandlung	79	Psychoanalytische Perspektive	139
Die klinische Untersuchung: Wie und warum verhält sich ein Klient abnormal?	80	Verhaltenstherapeutische Perspektive	140
Merkmale von Untersuchungsinstrumenten	81	Kognitive Perspektive	141
Klinische Interviews	82	Biologische Perspektive	142
Klinische Tests	84	An der Wegkreuzung	144
Klinische Beobachtungen	94	Diathese-Stress in Aktion	144
Die Diagnose: Stimmt das Syndrom des Klienten mit einer bekannten Störung überein?	96	Exkurs 5.1 Nur nicht ins Bockshorn jagen lassen – die Chancen stehen gut	114
Klassifikationssysteme	97	Exkurs 5.2 Die Kehrseite von Halcion	120
DSM-IV	98	Exkurs 5.3 Die Kleinen und Ängstlichen	135
Reliabilität und Validität der Klassifikationen	101		
Klinische Fehlinterpretationen und Irrtümer	102	6	
Behandlung: Wie kann Klienten geholfen werden?	103	Belastungsstörungen	149
Behandlungsentscheidungen	103	Stress und Arousal: Kampf oder Flucht	150
Die Wirksamkeit der Psychotherapie	103	Psychische Belastungsstörungen: Akute und posttraumatische Belastungsstörung	152
Exkurs 4.1 Was fehlte van Gogh?	80	Was löst eine psychische Belastungsstörung aus?	154
Exkurs 4.2 Die Wahrheit, die ganze Wahrheit und nichts als die Wahrheit	91	Warum entwickeln Menschen eine psychische Belastungsstörung?	157
Exkurs 4.3 Das Gehirn im Bild	92	Wie werden psychische Belastungsstörungen behandelt?	160
Exkurs 4.4 ICD-10: Internationale Klassifikation psychischer Störungen (Weltgesundheitsorganisation)	98	Körperliche Belastungsstörungen: Psychophysiologische Störungen	164
		„Klassische“ psychophysiologische Störungen	165
		Neue psychophysiologische Störungen	170
		Psychologische Behandlung psychophysiologischer Störungen	176

Über die Grenzen der klinischen Psychologie hinaus	178
Exkurs 6.1 11. September 2001:	
Die psychischen Nachwirkungen	158
Exkurs 6.2 Anpassungsstörungen:	
Eine Kompromisskategorie?	161
Exkurs 6.3 Schlaf und Schlafstörungen	166

7

Somatoforme und dissoziative Störungen	183
Somatoforme Störungen	184
Hysterische somatoforme Störung	185
Hypochondrie und körperdysmorphie Störungen	189
Ursachen der somatoformen Störungen	191
Behandlung somatoformer Störungen	195
Dissoziative Störungen	196
Dissoziative Amnesie	197
Dissoziative Fugue	199
Dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung)	201
Erklärungen der dissoziativen Störungen	204
Behandlung der dissoziativen Störungen	208
Depersonalisierungsstörung	209
Wiederentdeckung von Störungen	210
Exkurs 7.1 Das stellvertretende Münchhausen-Syndrom	189
Exkurs 7.2 Der Fall Anna O. näher betrachtet.	193
Exkurs 7.3 Verdrängte Kindheitserinnerungen versus Syndrom der falschen Erinnerung	200
Exkurs 7.4 Eigentümlichkeiten des Gedächtnisses	205

8

Affektive Störungen	213
Unipolare Depression.	214
Die Prävalenz der unipolaren Depression	214
Das klinische Bild der Depression	215
Die Diagnose der unipolaren Depression	216
Erklärungen der unipolaren Depression.	217
Biologische Aspekte	219
Psychologische Aspekte	221
Soziokulturelle Aspekte	230
Bipolare Störungen	231
Symptome der Manie.	233
Die Diagnose bipolarer Störungen	235
Erklärungen der bipolaren Störungen	236
Versuch der Integration der Befunde	238

Exkurs 8.1 Traurigkeit zu den glücklichsten Zeiten.	218
Exkurs 8.2 Rhythmen der Depression	222
Exkurs 8.3 Soziokulturelle Landschaft:	
Deprimierende Neuigkeiten für Frauen.	232

9

Die Therapie der affektiven Störungen	241
Therapien für die unipolare Depression	243
Psychologische Behandlungsansätze	243
Soziokulturelle Ansätze.	249
Biologische Behandlungen	251
Vergleich der Behandlungen für unipolare Depression	256
Therapien für bipolare Störungen	259
Lithiumtherapie	259
Begleitende Psychotherapie	263
Mit dem Erfolg kommen neue Fragen	264
Exkurs 9.1 Der Trauerprozess	246
Exkurs 9.2 Die Diagnostik der Depression	248
Exkurs 9.3 Depressive Kinder: Ist Hilfe im Kommen?.	260

10

Suizid	267
Was ist Suizid?	270
Untersuchung des Suizids	272
Befunde und Statistiken	272
Auslösefaktoren des Suizids	274
Belastende Ereignisse und Situationen	274
Affektive und kognitive Veränderungen	275
Alkohol- und anderer Drogenkonsum	276
Psychische Störungen	276
Modelllernen: Die Ansteckungskraft des Suizids	277
Erklärungsansätze des Suizids.	278
Die psychoanalytische Perspektive	278
Die soziokulturelle Perspektive	279
Die biologische Perspektive	280
Suizid in verschiedenen Altersgruppen	282
Kinder	282
Jugendliche und junge Erwachsene.	283
Alte Menschen	285
Behandlung und Suizid	287
Behandlungen nach einem Suizidversuch	287
Suizidprävention	288
Die Wirksamkeit der Suizidprävention	290

Psychologische und biologische Einsichten hinken nach	291	Erklärungen für Störungen durch Substanzkonsum	339
Exkurs 10.1 Suizid in der Familie	268	Die soziokulturelle Perspektive	339
Exkurs 10.2 Abschiedsbriefe	273	Die psychoanalytische Ansicht	339
Exkurs 10.3 Suizid in Japan	281	Verhaltenstherapeutische und kognitive Ansätze	340
Exkurs 10.4 Das Recht auf Selbsttötung	286	Die biologische Perspektive	342
11		Behandlungen der Störungen durch Substanzkonsum	343
Esstörungen	295	Psychoanalyse	343
Anorexia nervosa	297	Verhaltenstherapien	344
Klinische Merkmale	298	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungen	345
Medizinische Probleme	299	Biologische Therapien	346
Bulimia nervosa	299	Soziokulturell orientierte Therapieprogramme	347
Fressattacken (Binging)	300	Neue Aspekte einer altbekannten Geschichte	348
Kompensatorisches Verhalten	302	Exkurs 12.1 Tabak und Nikotin: Eine starke Sucht	328
Bulimia nervosa versus Anorexia nervosa	304	Exkurs 12.2 Die trügerische Ekstase	334
Wodurch werden Essstörungen verursacht?	305	Exkurs 12.3 Kontrollierter Drogenkonsum versus Abstinenz	345
Gesellschaftlicher Druck	305	13	
Familienumgebung	307	Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität	351
Kognitive Störungen	307	Sexuelle Funktionsstörungen	352
Affektive Störungen	308	Störungen der sexuellen Appetenz	353
Biologische Faktoren	309	Störungen der sexuellen Erregung	356
Behandlungen der Essstörungen	310	Orgasmusstörungen	359
Therapien für Anorexia nervosa	310	Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen	362
Therapien für Bulimia nervosa	313	Behandlung sexueller Dysfunktionen	363
Ein Standard für die Integration der Perspektiven	315	Generelle Aspekte der Sexualtherapie	364
Exkurs 11.1 Nicht nur Frauen	301	Behandlungstechniken bei bestimmten Störungen	366
Exkurs 11.2 Dicksein: Abnehmen oder nicht abnehmen?	302	Derzeitige Trends in der Sexualtherapie	367
12		Paraphilien	368
Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen	317	Fetischismus	368
Dämpfende Substanzen	320	Transvestitischer Fetischismus	369
Alkohol	320	Exhibitionismus	370
Beruhigungsmittel	324	Voyeurismus	370
Opiate	325	Frotteurismus	371
Stimulanzen	327	Pädophilie	371
Kokain	327	Sexueller Masochismus	372
Amphetamine	331	Sexueller Sadismus	372
Koffein	332	Gesellschaftliche Normen und sexuelle Etiketten	373
Halluzinogene, Cannabis und Substanzkombinationen	332	Störungen der Geschlechtsidentität	373
Halluzinogene	333	Eine private Angelegenheit zieht die öffentliche Aufmerksamkeit auf sich	375
Cannabis	335	Exkurs 13.1 Sexuelle Verhaltensmuster über die Lebensspanne	355
Kombination von Substanzen	338		

14**Schizophrenie 377****Das klinische Bild der Schizophrenie 380**

Symptome der Schizophrenie 381

Verlauf der Schizophrenie 385

Diagnose der Schizophrenie 386

Erklärungen der Schizophrenie 387

Biologische Ansätze 387

Soziokulturelle Ansätze 392

Psychologische Ansätze 395

Neue Pfade und neue Einsichten. 397**15****Therapien der Schizophrenie
und anderer schwerwiegender
psychischer Störungen. 399****Stationäre Versorgung in der Vergangenheit . . 400****Verbesserungen der stationären Versorgung . 400**

Milieuthérapie 401

Wertmarken-Verstärkungssysteme
(token economy) 402**Antipsychotische Medikamente 403**

Die Wirksamkeit antipsychotischer Medikamente . 404

Unerwünschte Nebenwirkungen anti-
psychotischer Medikamente. 405

Neue antipsychotische Medikamente 406

Psychologische Behandlung 407

Kognitive Verhaltenstherapie 407

Neuropsychologische Remediation 408

Familietherapie 408

Sozialtherapie 410

Die gemeindenähe Versorgung. 410

Leistungen der gemeindenahen Versorgung . . 410

Auf dem Weg zur Besserung 413**Exkurs 15.1 Lobotomie: Wie konnte das
geschehen? 401****16****Persönlichkeitsstörungen. 415****„Sonderbare“ Persönlichkeitsstörungen. . . . 418**

Paranoide Persönlichkeitsstörung 418

Schizoide Persönlichkeitsstörung. 421

Schizotypische Persönlichkeitsstörung 423

„Dramatische“ Persönlichkeitsstörungen . . 424

Antisoziale Persönlichkeitsstörung 425

Borderline-Persönlichkeitsstörung 429

Histrionische Persönlichkeitsstörung 433

Narzisstische Persönlichkeitsstörung. 435

„Ängstliche“ Persönlichkeitsstörungen 437

Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung 437

Dependente Persönlichkeitsstörung 438

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung. 440

**Probleme der Klassifikation der
Persönlichkeitsstörungen 442****Alternative Klassifikation der
Persönlichkeitsstörungen 443**Die Theorie der fünf Hauptdimensionen der
Persönlichkeitsstörungen 443

Andere dimensionale Ansätze 444

**Wiederentdeckung der Persönlichkeits-
theorien 444****Exkurs 16.1 Persönlichkeit und das Gehirn:
Der Fall des Phineas Gage. 420****Exkurs 16.2 Aus Erfahrung wird man klug –
oder nicht? 428****Exkurs 16.3 Störungen der Impulskontrolle
oder der Persönlichkeit? 431****17****Störungen in der Kindheit und
Adoleszenz 447****Kindheit und Jugend 448****Oppositionelles Trotzverhalten und Störung
des Sozialverhaltens. 449**

Erklärungen der Störung des Sozialverhaltens . . 454

Behandlung der Störung des Sozialverhaltens . . 454

**Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-
störung. 455**

Ursachen der ADH 457

Diagnose der ADH 457

Behandlung der ADH 457

Störungen der Ausscheidung 458

Enuresis 458

Enkopresis 459

**Langzeitstörungen, die in der Kindheit
beginnen 459**

Tief greifende Entwicklungsstörungen 460

Geistige Behinderung. 466

Entdeckung der Kindheit und Adoleszenz . . . 473**Exkurs 17.1 Die Entstehung und Behandlung
von Kindheit 450****Exkurs 17.2 Kindesmisshandlung und
Kindesmissbrauch. 453****Exkurs 17.3 Lesen, Schreiben und Rechnen . . 467**

18**Störungen im Alter und der Kognitionen** 477

Hohes Alter und Stress 478

Depression im Alter 479

Angststörungen im Alter 480

Substanzbezogene Störungen im Alter 481

Psychotische Störungen im Alter 481

Kognitive Störungen 482

Delir 482

Demenz 482

Faktoren psychischer Gesundheit im Alter 490

Entdeckung des Alters 491

Exkurs 18.1 Die ältesten Alten 480

Exkurs 18.2 Amnestische Störungen:
Vergessen, sich zu erinnern 488**19****Justiz, Gesellschaft und die klinische Psychologie** 493Rechtliche Stellung psychologischer
Psychotherapeuten in Deutschland 493

Psychotherapeutengesetz 493

Ausbildung zum psychologischen
Psychotherapeuten 494

Klinische Einflüsse auf die Strafjustiz 495

Unzurechnungsfähigkeit bei Tatbegehung 497

Verhandlungsunfähigkeit 498

Juristische Einflüsse auf das psychologisch-
psychiatrische Gesundheitswesen 499

Unterbringung von Amts wegen 499

Schutz der Patientenrechte 501

Ethische Prinzipien der klinischen
Psychologie und Psychiatrie 503Psychische Gesundheit, Arbeit und
Wirtschaft 504

Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz 504

Wirtschaft und psychische Gesundheit 505

Die Person in der Profession 505

Exkurs 19.1 Zur Rechtslage in Deutschland 496

Glossar 509**Literatur** 535**Bildnachweis** 609**Namensindex** 611**Sachindex** 633

17

Störungen in der Kindheit und Adoleszenz

Themenüberblick

- **Kindheit und Jugend**
 - **Oppositionelles Trotzverhalten und Störung des Sozialverhaltens**
 - Erklärung der Störung des Sozialverhaltens
 - Behandlung der Störung des Sozialverhaltens
 - **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung**
 - Ursachen der ADH
 - Diagnose der ADH
 - Behandlung der ADH
 - **Störungen der Ausscheidung**
 - Enuresis
 - Enkopresis
 - **Langzeitstörungen, die in der Kindheit beginnen**
 - Tief greifende Entwicklungsstörungen
 - Geistige Behinderung
 - **Entdeckung der Kindheit und Adoleszenz**
-



Billy, ein siebenjähriger Junge ... wurde von seiner Mutter zur Klinik gebracht, weil „er unglücklich ist und ständig klagt, dass er sich krank fühle“... Seine Mutter beschrieb Billy als ein Kind, das nie sehr fröhlich gewesen war und nie mit anderen Kindern spielen wollte. Von der Zeit an, als er in den Kindergarten ging, fing er an, über Bauchschmerzen, Kopfschmerzen und andere körperliche Probleme zu klagen ...

Billy ging es im ersten Schuljahr gut, aber im zweiten hat er Schwierigkeiten, seine Aufgaben zu beenden. Er braucht viel Zeit für seine Hausaufgaben und meint häufig, dass er sie nochmals machen muss, damit sie „perfekt“ sind. Da er sich am Morgen oft krank fühlt, ist es schwierig, ihn für die Schule fertig zu machen. Wenn es ihm erlaubt ist, zu Hause zu bleiben, macht er sich aber Sorgen, dass er in der Schule

zurückfällt. Wenn er doch zur Schule geht, kann er seine Schularbeit nicht fertig stellen; er verzweifelt an seinen Schwierigkeiten ...

Er macht sich nun auch über andere Dinge Sorgen und klammert sich oft an die Eltern und ist anspruchsvoll geworden. Er hat Angst, dass seinen Eltern etwas geschehen sein könnte, wenn sie spät nach Hause kommen oder ohne ihn weggehen ...

Billys Mutter bestätigte, dass er nie wirklich fröhlich gewesen war, aber in den letzten sechs Monaten war er um vieles depressiver geworden. Er liegt daheim herum und fühlt sich zu müde, um etwas zu machen. Er hat kein Interesse und keine Freude am Spielen. Sein Appetit wurde geringer. Er kann nicht einschlafen und wacht oft in der Nacht oder früh am Morgen auf. Vor drei Wochen hat

er zum ersten Mal darüber gesprochen, dass er sterben wolle ...

Spitzer et al. 1994



Im letzten Jahr wurde Eddie (neun Jahre) zweimal für hyperaktives und impulsives Verhalten von der Schule suspendiert. Das letzte Mal war er auf die Deckenlampe des Klassenzimmers geklettert und kam nicht mehr herunter. Seine Lehrer klagen, dass sich die anderen Kinder nicht konzentrieren können, wenn Eddie im Raum ist, weil er ständig umherwandert. Selbst wenn er sitzt, sind seine ständigen Hand- und Fußbewegungen für die anderen Kinder ablenkend. Eddie hat fast keine Freunde und nimmt wegen seiner Impulsivität und seines überaktiven Verhaltens auch nicht an den Spielen teil. Nach der Schule spielt er gerne mit seinem Hund oder fährt allein mit dem Fahrrad herum.

Eddies Mutter berichtet, dass er seit seiner frühen Kindheit außerordentlich aktiv war. Im Alter von drei Jahren wachte Eddie jeden Tag um vier Uhr dreißig morgens auf und ging allein hinunter. Manchmal „zerstörte“ er die Küche oder das Wohnzimmer, und andere Male verließ er allein das Haus. Einmal, als er vier Jahre alt war, fand man ihn am frühen Morgen eine verkehrsreiche Straße entlanggehen. Glücklicherweise rettete ihn ein Passant, bevor er in den Verkehr geriet.

Nachdem er aus der Vorschule wegen seiner Hyperaktivität und Impulsivität ausgeschlossen wurde, ging Eddie in den Kindergarten und hatte eine sehr schwere Zeit. In den ersten beiden Jahren besuchte er ein spezielles Verhaltensprogramm. Im dritten Jahr wurde er mit zeitweiliger Unterstützung vonseiten des Verhaltensprogramms im regulären Betrieb zugelassen.

Spitzer et al. 1994

Billy und Eddie zeigen beide psychische Störungen. Die Störungen zerreißen die Familienbezüge der Kinder, beeinträchtigen ihre Schulleistung und ihre Freundschaften. Doch geschieht das bei jeder Störung auf eine bestimmte Art und aus bestimmten Gründen. Billy, der wahrscheinlich an einer Major Depression leidet, kämpft ständig gegen Traurigkeit, seine Sorgen und Perfektionismus und leidet auch an Magenschmerzen und anderen körperlichen Krankheiten. Eddie dagegen kann sich nicht konzentrieren und ist übermäßig aktiv und impulsiv – Schwierigkeiten, die als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADH) bezeichnet werden. Wie Billy sind auch Eddie und andere Kinder mit ADH manchmal sehr unglücklich. Doch sind diese Gefühle bei ihnen durch wiederholte Kritik und Zurechtweisung bedingt, denen sie ausgesetzt sind. Im Gegensatz dazu ist das Unglücklichsein bei Billy im Zentrum seiner Störung – die primäre Ursache seines Leidens und seiner Beeinträchtigung.

Abnormes Funktionieren kann zu jeder Zeit des Lebens auftreten. Manche Störungsmuster treten jedoch häufiger in bestimmten Lebensphasen auf – der Kindheit beispielsweise oder, am anderen Ende des Spektrums, im Alter. In diesem Kapitel wird auf Störungen der Kindheit und Adoleszenz und im nächsten die des Alters eingegangen.

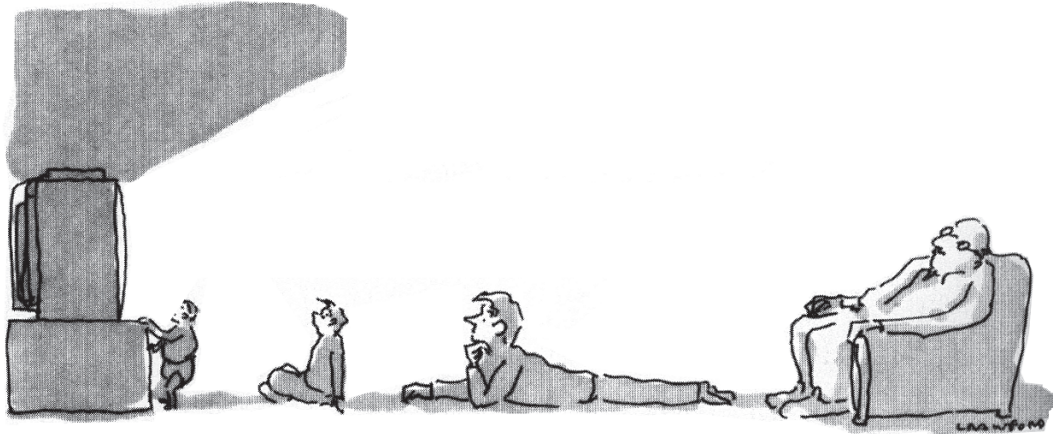
Kindheit und Jugend

Das Leben wird manchmal als eine Serie von Abschnitten auf der Straße von der Geburt bis zum Tod angesehen (Exkurs 17.1). Die meisten Menschen gehen durch diese Abschnitte in der gleichen Weise, aber zu ihrer eigenen Zeit und auf ihrem eigenen Weg. Jeder Abschnitt des Lebens bringt eigene Belastungen mit sich, und unterschiedliche biologische, psychologische oder umweltbedingte Faktoren können jeweils spezifische Störungen mit sich bringen.

Die Menschen halten die Kindheit oft für eine sorglose und glückliche Zeit. Sie kann jedoch auch eine beängstigende, beunruhigende Zeit sein, in der man ständig mit neuen Menschen, Situationen und Hindernissen konfrontiert ist. Umfragen zeigen, dass *Sorgen* ein häufig auftretendes Problem sind: Etwa die Hälfte aller Kinder hat multiple Ängste hinsichtlich der Schule, der Gesundheit und der persönlichen Sicherheit (Beidel & Turner 2005). Bettnässen, Alpträume, Wutanfälle und Unruhe sind verbreitete Probleme bei Kindern.

Auch die Adoleszenz ist nicht unbedingt die schwungvolle Aufbruchsphase, für die viele Menschen sie halten. Die körperlichen und sexuellen Veränderungen, soziale und schulische Belastungen, persönliche Zweifel und Versuchungen, die für diese Übergangszeit typisch sind, ängstigen, verwirren und deprimieren viele Jugendliche (Weisz et al. 2006). Befragungen zufolge sind die Jugendlichen zwar im Allgemeinen glücklich, fühlen sich aber weniger zuversichtlich, sicher und vertrauensvoll und ihren Familien weniger zugetan als die Jugendlichen früher (Begley 2000).

Über die üblichen psychischen Schwierigkeiten hinaus zeigt ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen eine diagnostizierbare psychische Störung (Jaffee et al. 2005). Die Zahl der Jungen mit psychischen Störungen übertrifft die der Mädchen – ein hoch interessanter Unterschied angesichts der Tatsache, dass die Prävalenz von psychischen Störungen bei erwachsenen Frauen gewöhnlich höher ist als bei Männern. Manche Störungen des Kindesalters – Angststörungen, Depression und Störungen des Sozialverhaltens – ähneln ihren Gegenstücken bei Erwachsenen (und wurden in den entspre-



chenden Kapiteln bereits besprochen). Andere Störungen des Kindesalters – Ausscheidungsstörungen – verschwinden im Erwachsenenalter gewöhnlich oder verändern radikal die Form. Störungen, die sich beim Erwerb kognitiver oder sozialer Fertigkeiten manifestieren – Autismus und geistige Behinderung –, können in stabiler Form bis ins Erwachsenenalter fortbestehen.

Oppositionelles Trotzverhalten und Störung des Sozialverhaltens

Es kommt bei Kindern häufig vor, dass sie soziale Regeln missachten, ungezogen sind oder sich aggressiv und trotzig benehmen (Abbildung 17.1) (Exkurs 17.1). Wenn sie ständig extrem feindselig sind und sich widersetzen, könnte eine Diagnose der Störung mit oppositionellem Trotzverhalten oder des Sozialverhaltens auf sie zutreffen. Kinder mit einer **Störung mit oppositionellem Trotzverhalten** streiten oft mit Erwachsenen, werden heftig und sind oft zornig und verärgert. Sie widersetzen sich häufig den Regeln und Anweisungen von Erwachsenen, verärgern andere und schieben diesen die Schuld für eigene Fehler und Probleme zu. Die Störung tritt bei Jungen in der Pubertät häufiger auf als bei Mädchen, danach aber gleich oft. Etwa acht Prozent aller Kinder zeigen diese Störung (Saß et al. 2003).

Eine **Störung des Sozialverhaltens** stellt ein schwerwiegendes Problem dar (Tabelle 17.1). Kinder mit dieser Störung gehen weiter und verletzen wiederholt die grundlegenden Rechte anderer. Sie sind oft aggressiv und quälen möglicherweise Menschen oder Tiere körperlich, zerstören vorsätzlich fremdes Eigentum, lügen

und betrügen, schwänzen die Schule oder laufen von zu Hause fort. Viele berauben und bedrohen oder verletzen sogar ihre Opfer und begehen Delikte wie Ladendiebstahl, Betrug, Einbruch in Häuser oder Autos, Raubüberfall, Erpressung und bewaffneten Überfall. Wenn sie älter werden, kann ihre körperliche Gewalttätigkeit in Vergewaltigung, Körperverletzung und in seltenen Fällen in Totschlagsdelikten ausarten (Saß et al. 2003).

Die Symptome der Verhaltensstörung sind in dieser Zusammenfassung eines klinischen Gesprächs mit dem 15-jährigen Derek offensichtlich:



Bei der Befragung erwies sich, dass Derek in der letzten Zeit in Schwierigkeiten geraten war – er wurde vor vier Wochen wegen Ladendiebstahls verhaftet. Derek wurde mit einem anderen Jugendlichen ertappt, als er und ein Dutzend seiner Freunde durch einen Laden liefen und alles, was sie tragen konnten, mitnahmen, bevor sie in Autos flohen. Diesem Ereignis folgten ähnliche in einem Musikladen und Kleidergeschäft. Derek gab seinen Freunden die Schuld, dass er ertappt wurde, da sie ihn offensichtlich zurückgelassen hatten, als er Mühe hatte, den Laden zu verlassen. Es wurde ihm Ladendiebstahl zur Last gelegt, als die Polizei ihn mit drei Schokoladetafeln und einem Sack Kartoffelchips ertappte. Derek zeigte keine Reue wegen des Diebstahls noch wegen der Verkäuferin, die verletzt wurde, als sie von einem der Jugendlichen in einen Glaskasten gestoßen wurde. Als er beispielsweise über die Verletzung der Verkäuferin erfuhr, meinte er: „Ich war es nicht, was geht es mich also an?“

Der Psychologe beschloss, Derek über weitere gesetzliche Verstöße in der Vergangenheit zu befragen. Dabei entdeckte er eine ausgedehnte Vorgeschichte von Schwierigkeiten. Zehn Monate zuvor war Derek wegen Vandalismus im Schulgebäude verhaftet worden – er brach Fenster ein und beschädigte Autos. Er bekam sechs Monate auf Bewährung, weil es seine erste Straftat war. Zusätzlich gab Derek



Exkurs 17.1

Die Entstehung und Behandlung von Kindheit

Jordan W. Smoller

Diese *klinische Darstellung* der „Störung“ mit der Bezeichnung Kindheit erschien ursprünglich in: Ellenbogen, G. (Hrsg.) *Journal für seelische Radschläge* (Wolfgang Krüger Verlag 1988).

Kindheit ist ein Syndrom, das erst vor Kurzem die ernsthafte Beachtung klinischer Psychologen fand. Das Syndrom selbst existiert jedoch nicht erst seit Kurzem. Schon im 8. Jahrhundert erwähnt der persische Historiker Kidnomo „kleine, lärmende Kreaturen“, die durchaus das gewesen sein mögen, was wir heute „Kinder“ nennen. Die Behandlung von Kindern blieb jedoch unbekannt bis zum 20. Jahrhundert, in dem sogenannte „Kinderpsychologen“ und „Kinderpsychiater“ üblich wurden. Dieser Geschichte der Vernachlässigung durch die klinische Forschung zum Trotz existieren Schätzungen, wonach mindestens die Hälfte aller heute lebenden Amerikaner direkte Erfahrungen mit Kindheit gemacht hat (Seuss 1983). Wahrscheinlich liegen die wirklichen Zahlen weitaus höher, da die genannten Daten auf Selbsteinschätzungen basieren, die Einflüssen der sozialen Erwünschtheit und retrospektiven Verzerrungen unterliegen. Die klinischen Experten konnten sich bislang noch nicht endgültig über die signifikanten Merkmale von Kindheit einigen, das nächste DSM wird jedoch ziemlich sicher folgende Hauptmerkmale enthalten:

1. Beginn mit der Geburt,
2. Zwergwuchs,
3. emotionale Unausgeglichenheit und Unreife,
4. Wissensdefizite,
5. Spinatphobie.

Beginn mit der Geburt In einem der seltenen Übersichtsartikel über Kindheit bemerkt Temple-Black (1982), dass Kindheit meist von Geburt an vorhanden ist, obwohl sie jahrelang unentdeckt bleiben oder gar für immer im subklinischen Bereich verharren kann. Diese Beobachtung führte zu verschiedenen Spekulationen über einen möglichen Beitrag biologischer Faktoren zu Kindheit. So hat ein Psychologe in Aussicht gestellt, dass „wir bald in der Lage sein werden, organische Kindheit von funktionaler Kindheit zu unterscheiden“ (Rogers 1979).

Zwergwuchs Das ist mit Sicherheit das vertrauteste klinische Merkmal von Kindheit; Kinder sind, physisch gesehen, klein im Vergleich mit der Gesamtpopulation. Die klinische Erfahrung weist in der Tat darauf hin, dass die Behandlung des sogenannten „Kleinkindes“ („Knirps“) besonders schwierig ist. Nachgewiesenermaßen demonstrieren diese

Kinder ein äußerst infantiles Verhalten und zeigen einen geradezu bestürzenden Mangel an Einsicht (Tom & Jerry 1967).

Emotionale Unausgeglichenheit und Unreife Dieser Aspekt der Kindheit allein begründet oft die klinische Diagnose. Aus diesem Grunde werden zahlreiche ansonsten völlig normale Erwachsene als Kinder fehldiagnostiziert und müssen das unnötige soziale Stigma tragen, von professionellen Helfern und Freunden gleichermaßen als „Kind“ etikettiert zu werden.

Wissensdefizite Während die meisten Kinder mit ihrem IQ im Bereich des Normalen oder sogar darüber liegen, zeigen fast alle von ihnen Wissensdefizite. Wer je ein wirkliches Kind gekannt hat, weiß, wie frustrierend jegliche Diskussion mit ihm verläuft, die nur ein bisschen Allgemeinbildung voraussetzt.

Spinatphobie Dieses letzte identifizierende Merkmal ist wahrscheinlich das überraschendste. Die Volksweisheit wird durch wissenschaftliche Beobachtung bestätigt – Kinder verschmähen Spinat im Regelfall (eine Literaturübersicht findet sich bei Popeye 1957).

Ursachen für Kindheit

Was können wir nun, da wir die Symptomatik von Kindheit beschrieben haben, über die Ursachen sagen? In den letzten Jahren gab es eine Fülle von Theorien und Spekulationen; einige der wichtigsten werden im Folgenden diskutiert.

Das soziologische Modell Emile Durkheim war vermutlich der Erste, der sich über die soziologischen Ursachen der Kindheit Gedanken machte. Er verweist auf zwei wesentliche Beobachtungen: 1) Die große Mehrheit aller Kinder ist arbeitslos, und 2) Kinder stellen eine der Gruppen der Gesellschaft, die durch einen enormen Bildungsrückstand auffallen. Schätzungen ergaben, dass weniger als 20 Prozent aller Kinder besser gebildet sind als ein Viertklässler ... Ein vielversprechendes Rehabilitationsprogramm (Prügel & Motta 1978) unterzog Opfer schwerer Kindheit einem Training, das sie nunmehr befähigt, als Eisverkäufer zu arbeiten.

Das biologische Modell Die Beobachtung, dass Kindheit von Geburt an vorhanden ist, hat manchen veranlasst, über mögliche biologische Faktoren zu spekulieren. Eine frühe

Untersuchung von Feuerstein und Geröllheimer (1939) belegt, dass Kindheit erblich ist. In ihrer repräsentativen Stichprobe von über 8 000 amerikanischen Familien fanden sie in über der Hälfte mehr als ein Kind. Weitergehende Forschungen enthüllten, dass sogar die meisten kinderlosen Familien zu irgendeinem Zeitpunkt von Kindheit betroffen waren ...

Psychologische Modelle Es ist unmöglich, die beachtliche Zahl der psychologischen Theorien der Entwicklung von Kindheit zu referieren. Zu den bekannteren zählt Seligmans „Gelerntes Kindischsein“. Diesem Modell nach geben Individuen, die wie Kinder behandelt werden, irgendwann auf und werden zu Kindern. Im Gegensatz zu solchen Theorien haben manche Experten behauptet, dass Kindheit gar nicht existiert. Szasz (1980) nannte „Kindheit“ ein bequemes Etikett: Weil wir nach Konformität streben, grenzen wir die aus, die wir zu unkontrollierbar oder zu kurz finden, um sie für voll zu nehmen, und stempeln sie als „Kinder“ ab.

Behandlung von Kindheit

Genauso alt wie Kindheit als Syndrom ist der Versuch, sie zu behandeln. Jedoch wurden erst in neuerer Zeit humane und systematische Behandlungsmethoden angewandt. Die überwältigende Anzahl von Kindern hat staatliche Maßnahmen unvermeidlich gemacht. Im 19. Jahrhundert wurde das bislang umfangreichste Programm zur Behandlung von Kindheit institutionalisiert – sogenannte „Volksschulen“. Innerhalb dieses kolossalen Programms erhalten die Individuen je nach Schwere ihres Zustands einen Platz in einer Therapiegruppe. Die schwersten Fälle werden in einen „Kindergarten“ überwiesen. Patienten dieses Niveaus sind typischerweise kurz, ungezogen, emotional unreif und intellektuell unterbelichtet ... Unglücklicherweise ist das „Schulsystem“ zum größten Teil ineffektiv geblieben. Das Programm kostet nicht nur Unsummen von Steuergeldern, es konnte nicht einmal die steigende Inzidenzrate von Kindheit verlangsamen. Angesichts dieses Fehlschlags und der wachsenden Kindheitsepidemie verstärkt das Gesundheitswesen seine Anstrengungen, Methoden zur Behandlung von Kindheit zu finden ... Der folgende Fall (Gumbie & Pokey 1957) ist typisch:



Billy J., acht Jahre alt, wurde von seinen Eltern zur Behandlung gebracht. Billys Leiden war ganz offensichtlich. Er war nur 1,40 Meter groß und wog knapp 40 Kilo, obwohl er recht gefräßig war. Billy wies eine Reihe beunruhigender Symptome auf. Seine Stimme war für einen

Mann bemerkenswert hoch. Er zeigte Spinatphobie, und nach den Berichten seiner Eltern weigerte er sich oft zu baden. Seine Intelligenzleistung lag unterhalb des Normalen – er verfügte nur über eine geringe Allgemeinbildung und konnte kaum einen korrekt konstruierten Satz schreiben. Seine sozialen Fähigkeiten waren ebenfalls gering. Er äußerte sich oft unangemessen und ließ weinerliches Verhalten erkennen. Über sexuelle Erfahrungen verfügte er nicht. Für Billy waren Frauen doofe Gänse ...

Nachdem man jahrelang glaubte, sich mit derartigen Frustrationen abfinden zu müssen, legen nun sensationelle Forschungsergebnisse die Vermutung nahe, dass die Prognose von Kindheit nicht in allen Fällen düster sein muss ... Dick und Doof (1974) [unternahmen] eine breit angelegte Langzeitstudie ... Die Forscher befassten sich mit zwei Gruppen. Die erste bestand aus 34 Kindern, die gerade an einem der konventionellen Langzeitbehandlungsprogramme teilnahmen. Die zweite setzte sich aus 42 Kindern zusammen, die keinerlei Behandlung erhielten ...

Sensationell waren ... die Ergebnisse einer Nachfolgeuntersuchung, die zehn Jahre später mit äußerster Sorgfalt durchgeführt wurde ... Dick et al. fanden, dass alle Versuchspersonen in allen Bereichen Verbesserungen zeigten, in den meisten Fällen sogar symptomfrei schienen. Dick et al. berichten eine Spontanremissionsrate von 95 Prozent – ein Ergebnis, das für die klinische Betrachtung von Kindheit von revolutionärer Bedeutung ist. Diese neuen Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Prognose für Kindheit nicht so schlecht sein muss wie befürchtet. Dennoch sollten wir uns nicht zu schnell beruhigen lassen. Trotz ihrer offensichtlich hohen Spontanremissionsrate bleibt Kindheit eine ernst zu nehmende, grassierende Krankheit. Von den psychischen Beschwerden abgesehen, scheint Kindheit auch mit einer Reihe physischer Störungen einherzugehen. Bereits vor 20 Jahren wiesen Tralla, Lalla und Schubidu (1965) nach, dass Kinder im Vergleich zu normalen Erwachsenen mit einem sechsfachen Risiko für Windpocken, Masern und Mumps leben. Barbie und Kenn (1971) vermuten einen Zusammenhang zwischen Kindheit und einem erhöhten Unfallrisiko – verglichen mit Erwachsenen schlagen sich Opfer von Kindheit weitaus häufiger die Knie auf, verlieren ihre Zähne oder fallen vom Fahrrad.

Offensichtlich ist weitere Forschung vonnöten, bevor wir den Millionen Betroffenen, deren Leben durch diese heimtückische Krankheit zerstört wird, wirklich Hoffnung geben können.

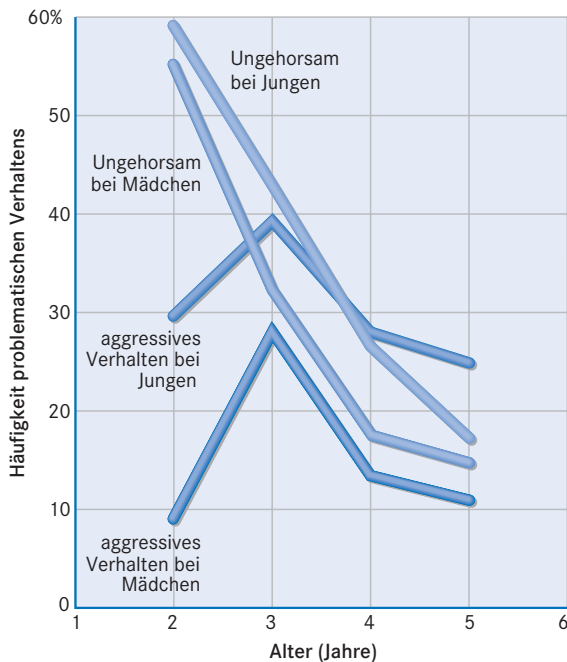


Abb. 17.1 Frühe Ungezogenheit Lehrereinschätzungen von mehr als 700 Vorschülern ergaben, dass die Häufigkeit ungehorsamen und aggressiven Verhaltens sank, je älter die Kinder wurden (nach Crowther, Bond & Rolf 1981).

andere Unternehmungen an, bei denen er nicht ertappt worden war; darunter waren Diebstahlversuche in Läden, Fahrten mit gestohlenen Autos und Schuleschwänzen. Derek hatte seit Anfang der neuen Schulzeit 23 Tage (50 Prozent) geschwänzt ... Zusätzlich berichtete er von Versuchen, beim Nachbar einzubrechen, und frühreifen sexuellen Aktivitäten. Selten hörte er während des Gesprächs auf, sich zu brüsten.

Kearney 1999, S. 104 f.

Störungen des Sozialverhaltens beginnen gewöhnlich zwischen sieben und 15 Jahren (Saß et al. 2003). Etwa zehn Prozent der Kinder, drei Viertel davon Jungen, qualifizieren sich für diese Diagnose (Kessler et al. 2005). Kinder mit einer leichteren Störung des Sozialverhaltens können sich im Laufe der Zeit bessern, doch in schweren Fällen besteht die Störung oft bis in das Erwachsenenalter und kann in eine antisoziale Persönlichkeitsstörung oder eine andere Störung münden (Phares 2003). Je früher die Störung einsetzt, desto schlechter ist gewöhnlich die Prognose. Mehr als 80 Prozent Personen mit dieser Störung hatten zuvor eine Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (Lahey & Loeber 1994).

Die Arten der Störungen des Sozialverhaltens können in verschiedene Gruppen unterteilt werden: 1) das *offen-destruktive* Muster, bei dem die Betroffenen offen

Tabelle 17.1: DSM-IV-Kriterien.

Störung des Sozialverhaltens

1. Ein repetitives und anhaltendes Verhaltensmuster, durch das die grundlegenden Rechte anderer und wichtige altersentsprechende Normen oder Regeln verletzt werden mit mindestens drei der folgenden Kriterien, wobei eines in den letzten sechs Monaten aufgetreten sein muss:
 - a) bedroht und schüchtert andere ein,
 - b) beginnt Schlägereien,
 - c) benutzt gefährliche Waffen,
 - d) ist körperlich grausam zu Menschen,
 - e) quält Tiere,
 - f) hat in Konfrontation mit dem Opfer gestohlen,
 - g) zwingt andere zu sexuellen Handlungen,
 - h) begeht vorsätzlich Brandstiftung,
 - i) zerstört vorsätzlich fremdes Eigentum,
 - j) bricht in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos ein,
 - k) manipuliert andere häufig, um sich Vorteile zu verschaffen,
 - l) stiehlt Gegenstände von erheblichem Wert ohne Konfrontation mit dem Opfer,
 - m) bleibt vor dem Alter von 13 Jahren trotz elterlicher Verbote von zu Hause weg,
 - n) läuft mindestens zweimal über Nacht von zu Hause weg,
 - o) schwänzt schon vor dem Alter von 13 die Schule.
2. Klinisch bedeutsame Beeinträchtigung.

Quelle: Nach Saß et al. 2003.

aggressives und konfrontatives Verhalten zeigen; 2) das *offen-nicht-destruktive* Muster, das von offenem, aber nicht destruktivem Verhalten wie Lügen gekennzeichnet ist; 3) das *verdeckt-destruktive* Muster, heimliches zerstörerisches Verhalten wie die Zerstörung von Besitztum anderer Personen, Einbrüche und Feuerlegung; 4) das *verdeckt-nicht-destruktive* Muster, bei dem die Betroffenen heimlich nicht aggressives Verhalten zeigen wie Schuleschwänzen (McMahon & Frick 2005). Manche Kinder mit Störung des Sozialverhaltens zeigen nur eine Art dieser Muster, während andere eine Kombination davon zeigen. Es wäre möglich, dass den verschiedenen Mustern unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen.

Eine andere Art zwischen der Aggressionsform der Verhaltensstörung ist die der *Beziehungsaggression*, bei der die Betroffenen sozial isoliert sind und primär soziale Missetaten begehen wie andere zu verleumden, Gerüchte in Umlauf zu setzen und Freundschaften zu manipulieren (Underwood 2003). Diese Art der Verhaltensstörung ist häufiger bei Mädchen als Jungen anzutreffen.



Exkurs 17.2

Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch

Die deutlichste Erinnerung an meine Mutter ist die, dass sie mich ständig schlug. Sie schlug mich mit ihren Stöckelschuhen, mit dem Gürtel meines Vaters, mit einem Kartoffelstampfer. Als ich acht war, schlug sie meine Beine so grün und blau, dass ich ihr androhte, ich würde zur Polizei gehen. Sie sagte: „Geh nur, sie werden dich nur ins finsternste Loch stecken.“ Also blieb ich. Als mit 13 meine Brüste zu wachsen begannen, schlug sie mich auf die Brust, bis ich ohnmächtig wurde. Dann umarmte sie mich und bat mich um Verzeihung ... Die meisten Kinder haben Albträume, von ihren Eltern getrennt zu werden. Ich saß immer auf unserer Vorderveranda und summte leise vor mich hin, dass ich weit, weit weggehen und eine andere Mutter suchen wollte (Time, 5. September 1983, S. 20).

Kindesmisshandlung ist der absichtliche Einsatz physischer oder psychischer Kraft durch einen Erwachsenen gegen ein Kind, oft mit dem Ziel, das Kind zu verletzen oder zu vernichten. Studien zufolge sind jedes Jahr mindestens fünf Prozent und bis zu 26 Prozent aller Kindern schweren Gewalttätigkeiten ausgesetzt (Phares 2003), darunter Tritten, Bissen, Schlägen (oft mit einem Gegenstand), Prügeln, Bedrohungen oder Angriffen mit einem Messer oder einer Schusswaffe. Einige Beobachter sehen in Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sogar die zahlenmäßig führenden Todesursachen bei Kleinkindern.

Mädchen und Jungen werden ungefähr gleich häufig zu Opfern (Humphrey 2006). Doch ist das Risiko für Misshandlungen bei Jungen unter zwölf Jahren am höchsten und bei Mädchen über zwölf Jahren (Azar et al. 1998). Obwohl Kindesmisshandlung in allen Gesellschaftsschichten vorkommt, tritt sie häufiger in ärmeren Schichten auf (Mammen et al. 2002). Körperlich oder intellektuell behinderte Kinder sind häufiger Opfer von Misshandlungen als Kinder ohne solche Probleme (Westcott & Jones 1999).

Die Täter sind gewöhnlich die Eltern (Humphrey 2006). Misshandelnde Eltern leiden oft an Störungen der Impulskontrolle und niedrigem Selbstwertgefühl und haben wenige elterliche Fertigkeiten (Tolan et al. 2006). Viele wurden als Kinder selbst misshandelt oder hatten unangemessene erwachsene Vorbilder (McCaghy et al. 2006). In manchen Fällen bestehen Belastungen wie Ehekonflikte oder Arbeitslosigkeit.

Kindesmisshandlung kann bei den Betroffenen zu unmittelbaren und Langzeitschäden führen. Misshandelte Kinder haben mehr Leistungs- und Verhaltensprobleme in der Schule. Zu den Langzeitwirkungen gehören mangelnde soziale Akzeptanz, mehr psychologische Störungen, Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen, mehr Verhaftungen in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter, ein höheres Risiko kriminell zu werden, eine höhere Arbeitslosenquote und eine höhere Suizidrate (Safren et al. 2002).

Letztlich wird ein Drittel der misshandelten Opfer selbst zu misshandelnden, vernachlässigenden und inadäquaten Eltern (Heyman & Slep 2002).

Zwei andere Formen der Kindesmisshandlung weckten in den letzten Jahren besondere Aufmerksamkeit: die psychische Misshandlung und der sexuelle Missbrauch. *Psychische Misshandlung* kann sich in verschiedenen Formen ausdrücken: tief reichende Ablehnung, übermäßige Disziplinierung, Zuweisen einer Sündenbockrolle und Lächerlichmachen, Isolation und Verweigerung von Hilfe gegenüber einem emotional gestörten Kind. Diese Form der Misshandlung geht wahrscheinlich mit allen Formen der körperlichen Misshandlung und Vernachlässigung einher. *Kindesmissbrauch*, die Benutzung eines Kindes durch Erwachsene zur Befriedigung sexueller Wünsche, kann zu Hause oder außerhalb stattfinden (McCaghy et al. 2006). Bei 25 Prozent der Fälle sind Kinder unter sieben Jahren betroffen (Wurtele & Schmitt 1992). In Befragungen erwachsener Frauen gaben 13 Prozent an, als Kinder von einem erwachsenen Mann, in vielen Fällen dem Vater oder Stiefvater, zu sexuellen Kontakten gezwungen worden zu sein (Phares 2003). Sexueller Missbrauch von Kindern kommt in allen sozioökonomischen Schichten und ethnischen Gruppen vor (McCaghy et al. 2006).

In Fällen von Kindesmisshandlung wendet man unterschiedliche Interventionen an. Es bestehen Bemühungen, dafür zu sorgen, dass die Eltern Einsicht in ihre Persönlichkeit und ihr Verhalten gewinnen, dass sie Training in alternativen Verhaltensweisen zur Misshandlung erhalten und dass sie neue Erziehungsfertigkeiten erwerben. Dies bieten beispielsweise Gruppen und Kurse der Organisation Parents Anonymous. In Gruppen oder in Einzeltherapie lernen sie erfolgreichere Methoden des Umgangs mit dem Kind, und zwar durch verhaltenstherapeutische Verfahren wie Modelllernen, Rollenspiele und Rückmeldung (Tolan et al. 2006). Eine Reihe von Therapien zielt auch darauf, dass die Eltern lernen, besser mit den situativen Belastungen fertig zu werden, die die Misshandlung auslösen könnten, etwa Arbeitslosigkeit, Eheschwierigkeiten oder depressive Gefühle.

Studien sprechen jedoch dafür, dass die kindlichen Opfer möglichst früh behandelt werden sollten (Gray et al. 2000). Es wurden Programme zur Frühentdeckung eingerichtet, die darauf abzielen, 1) Kinder über Missbrauch aufzuklären, 2) ihnen Fertigkeiten beizubringen, um die Missbrauchssituation zu vermeiden oder aus ihr zu fliehen, 3) Kinder zu ermutigen, einen anderen Erwachsenen über den Missbrauch zu informieren, und 4) ihnen zu versichern, dass der Missbrauch nicht ihre Schuld ist (Godenzi & DePuy 2001). Diese Programme scheinen die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass Kinder den Missbrauch berichten, sich weniger selbst die Schuld daran geben und ihr Gefühl der Selbstwirksamkeit keinen zu großen Schaden nimmt (MacIntyre & Carr 1999).

Mehr als ein Drittel der Jungen und die Hälfte der Mädchen mit einer Störung des Sozialverhaltens zeigen auch ADH (Waschbusch 2002). In den meisten dieser Fälle vermutet man eine Verursachung der Verhaltensstörung durch ADH. Kinder mit beiden Störungen haben typischerweise stärker ausgeprägte Symptome, sind aggressiver und gewalttätiger, wenn sie erwachsen werden (McMahon & Frick 2005).

Viele der Kinder mit Störung des Sozialverhaltens leiden auch an Depression. In diesen Fällen steht die Verhaltensstörung meist am Anfang, und in der Folge entwickeln sich die depressiven Symptome. Das Zusammentreffen der Störungen macht die Betroffenen stärker risikobehaftet für Selbstmord (Loeber & Keenan 1994). Angstsymptome können die Verhaltensstörung ebenfalls begleiten, besonders bei Mädchen.

Viele Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens werden von der Schule verwiesen und landen in Heimen oder Strafanstalten. Wenn Kinder zwischen acht und 18 Jahren Straftaten begehen, bezeichnet sie das Rechtssystem oft als *delinquent* (Heilbrun et al. 2005). Mehr als die Hälfte aller Jugendlichen, die jedes Jahr verhaftet werden, sind *Rückfalltäter* – Personen, die bereits früher mehrmals verhaftet wurden. Junge Männer sind viel häufiger in Straftaten verwickelt als junge Frauen; allerdings steigen bei letzteren die Raten. Mädchen werden meist wegen Drogenkonsums, sexueller Vergehen und Weglaufen festgenommen, Jungen wegen Drogenkonsums und Eigentumsdelikten. Die Zahl der Verhaftungen von Jugendlichen wegen schwerer Delikte hat sich in den letzten Jahrzehnten mindestens verdreifacht (US Department of Justice 2000).

Im Umfeld

Verringerung des Abstands zwischen den Geschlechtern

Die Anzahl der weiblichen Jugendlichen, die während der letzten 20 Jahre wegen Raubüberfalls verhaftet wurden, verdoppelte sich, während die der Jungen nur um 13 Prozent gestiegen ist.

Die Anzahl der Mädchen, die wegen Waffenbesitzes verhaftet wurden, stieg in den letzten 20 Jahren um 125 Prozent verglichen mit 22 Prozent bei Jungen.

Heute ist jeweils einer von drei Jugendlichen, die verhaftet werden, ein Mädchen.

Scelfo 2005

Erklärungen der Störung des Sozialverhaltens

Störungen des Sozialverhaltens wurden mit verschiedenen Faktoren in Verbindung gebracht, darunter genetischen und biologischen Faktoren (Blair et al. 2006), Drogenmissbrauch und Zugehörigkeit zu den unteren Sozialschichten, traumatischen Ereignissen und dem Vorbild gewalttätiger Peers oder Gewalt in der Gemeinschaft (Hibb & Jensen 2005). Am häufigsten jedoch verweist die Literatur auf *gestörte Familienverhältnisse*. Kinder, die von ihren Eltern abgelehnt, verlassen oder nicht konsistent diszipliniert und beaufsichtigt werden, neigen mehr als andere zum Lügen, Stehlen oder Weglaufen (Phares 2003). Auch Kinder, deren Eltern (insbesondere die Väter) von Alkohol oder anderen Substanzen abhängig sind, eine antisoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen oder an einer affektiven Störung oder an Schizophrenie leiden, zeigen häufiger Störungen des Sozialverhaltens (Julien 2005).

Behandlung der Störung des Sozialverhaltens

Im Allgemeinen sind Therapien für Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern unter 13 Jahren erfolgreicher als bei älteren Kindern, da sich solche Muster mit zunehmendem Alter verfestigen (Hibbs & Jensen 2005). In den letzten Jahren wurden eine Anzahl von Behandlungsansätzen – von soziokulturellen bis kindfokussierten – entwickelt. Einige von ihnen haben wenig oder mäßigen Erfolg. Da die Störung des Sozialverhaltens alle Bereiche des Lebens der Kinder betrifft, die Familie, Schule, Freunde und die Gemeinde, geht man nun dazu über, verschiedene Ansätze miteinander zu einem weit reichenden Behandlungsprogramm zu kombinieren (Henggler & Lee 2003).

Soziokulturelle Behandlungsansätze Da die Familie bei Verhaltensstörungen wichtig ist, werden familienbezogene Interventionen eingesetzt (Querido & Eyberg 2005). Bei Vorschulkindern bringen Therapeuten den Eltern in der *Eltern-Kind-Interaktionstherapie* bei, angemessenes Verhalten konsistent zu belohnen, Grenzen zu setzen sowie konsistent und fair zu sein. Gleichzeitig werden den Kindern soziale Fertigkeiten vermittelt. Idealerweise sollten diese Bemühungen die Beziehung zwischen Kindern und Eltern stärken, die Einstellung der Eltern gegenüber den Kindern positiver machen und sie dazu bringen, die Kinder besser zu beaufsichtigen und

damit das Verhalten der Kinder zu verbessern. Ein ähnlicher Ansatz bei jungen Kindern verwendet auch Videos mit Modellvorgaben (Webster-Stratton 2005).

Bei Schulkindern kann das sogenannte *Elternt raining* eingesetzt werden. Dabei 1) lernen Eltern wirksamere Umgangsweisen mit ihren Kindern oder 2) unterziehen sich Eltern und Kinder gemeinsam einer verhaltensorientierten Familientherapie (Kazdin 2005). Typischerweise werden bestimmte Verhaltensweisen identifiziert, die es mithilfe von geschriebenen Manualen, Übungen in der Sitzung und zu Hause zu verändern gilt. Den Eltern wird beigebracht, wie sie solche Verhaltensweisen besser erkennen können, wie sie unerwünschtes Verhalten nicht mehr länger „belohnen“ sollen (etwa durch unnötige Aufmerksamkeitszuwendung) und wie sie das erwünschte Verhalten konsistent belohnen sollen (Kendall 2000). Wie auch bei den Vorschulkindern hat dieser Ansatz ein gewisses Ausmaß an Erfolg gezeigt.

Andere Maßnahmen wie stationäre Programme für Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens, schulische Interventionen und Gruppentherapie haben ebenfalls einigen Erfolg gezeigt (Chamberlain & Smith 2005). Manchmal werden Kinder, die durch ihre Eltern gefährdet sind, von einem Gericht Zieheltern zugesprochen. Als wenig erfolgreich haben sich die *Jugendtrainingszentren* erwiesen (Heilbrun et al. 2005). Tatsächlich scheinen sie das delinquente Verhalten der jungen Straftäter eher zu festigen als diese zu resozialisieren (Abbildung 17.2).

Kindfokussierte Behandlungen Behandlungen, die primär auf das Kind mit der Störung des Sozialverhaltens ausgerichtet sind, haben in den letzten Jahren auch einige Erfolge gezeigt (Kazdin 2005). Bei dem *Problemlöse-Fertigkeitstraining* kombinieren die Therapeuten Modelllernen, Übung, Rollenspiel und systematischen Einsatz von Belohnung, um Kindern konstruktives Denken und prosoziale Verhaltensweisen zu vermitteln. Während der Behandlung werden gemeinsam Spiele gespielt und Aufgaben, etwa soziale Konfliktsituationen, mit den Kindern gelöst, die ihnen helfen sollen, das Gelernte auch im täglichen Leben anzuwenden.

Beim *Ärger-Kontrolltraining* und *Coping Power Program* werden Kindern mit Störung des Sozialverhaltens in Gruppen Methoden zur Bewältigung von Wut und unüberlegtem Handeln beigebracht. Sie sollen lernen, Konfliktsituationen auch aus der Sicht des vermeintlichen Gegners zu sehen, sich ihres Gefühlszustands bewusst zu werden, sich soziale Fertigkeiten anzueignen, mit denen sie den Situationen angemessen begegnen können, Ziele zu setzen und dem Druck, der von der Peer-Gruppe ausgeht, zu widerstehen. (Während die Kinder dieses Gruppentraining erhalten, werden Eltern

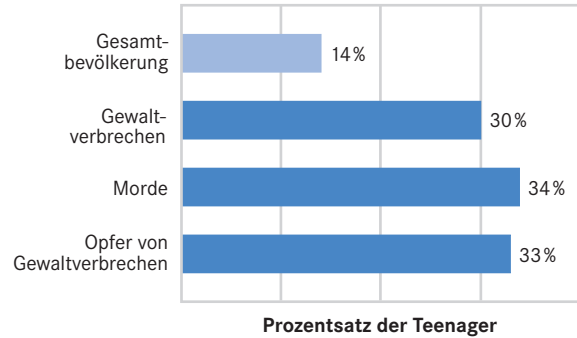


Abb. 17.2 Jugendliches Verbrechen Obwohl Teenager nur 14 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmachen, begehen sie um die 30 Prozent aller Gewaltverbrechen und 34 Prozent aller Morde in den USA. Auch sind sie Opfer von 33 Prozent aller Gewaltverbrechen (FBI Uniform Crime Reports 1996).

in eigenen Gruppen behandelt.) Diese kindfokussierten Behandlungsvorgehen haben sich als erfolgreich erwiesen, indem sie sowohl das aggressive Verhalten der Kinder zurückgehen ließen wie auch das Risiko für Substanzkonsum in der Adoleszenz vermindert haben (Lochman et al. 2003).

Manchmal wird medikamentöse Therapie angewandt, um bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens aggressive Ausbrüche unter Kontrolle zu bekommen. Hier haben vor allem Stimulanzien wie Ritalin zu einem Rückgang aggressiven Verhaltens zu Hause und in der Schule geführt (Gerardin et al. 2002).

Prävention Die größte Chance für Delinquente könnte in *Präventionsprogrammen* bestehen, die schon in der frühen Kindheit einsetzen (LeMarquand, Tremblay & Vitaro 2001). Diese Programme versuchen ungünstige soziale Verhältnisse zu verändern, noch bevor die Verhaltensstörung einsetzt. Zu den Präventivmaßnahmen gehören folgende: Ausbildungsmöglichkeiten für junge Menschen, Steigerung der Qualität und Quantität von Freizeiteinrichtungen, gesundheitliche Versorgung, Verringerung der Belastungen durch Armut und Verbesserung der Erziehungsfähigkeiten der Eltern. Jede dieser Interventionen wirkt besser, wenn parallel dazu die Familien aufgeklärt und einbezogen wurden.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Kinder mit einer *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung* (ADH) können entweder ihnen aufgetra-

Tabelle 17.2: DSM-IV-Kriterien.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

1. Entweder Punkt A oder Punkt B muss zutreffen:

- A) Mindestens sechs der folgenden Symptome der *Unaufmerksamkeit* sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:
 - a) beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler,
 - b) hat Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten,
 - c) scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen,
 - d) führt Anweisungen anderer nicht vollständig durch oder kann Arbeiten nicht zu Ende bringen,
 - e) hat Schwierigkeiten, Aufgaben zu organisieren,
 - f) vermeidet, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengung erfordern,
 - g) verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben benötigt werden,
 - h) lässt sich ablenken,
 - i) ist vergesslich.
- B) Mindestens sechs der folgenden Symptome der *Hyperaktivität und Impulsivität* sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden Ausmaß vorhanden gewesen:
 - a) zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum,
 - b) steht in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, auf,
 - c) läuft und klettert exzessiv in unpassenden Situationen,
 - d) hat Schwierigkeiten, ruhig zu spielen,
 - e) ist „auf Achse“ oder wirkt „getrieben“,
 - f) redet viel,
 - g) platzt mit Antworten heraus,
 - h) kann nur schwer warten,
 - i) unterbricht und stört andere.

2. Die Symptome treten vor dem Alter von sieben Jahren auf.

3. Die Beeinträchtigung zeigt sich mindestens in zwei Bereichen.

4. Klinisch bedeutsame Beeinträchtigung.

Quelle: Nach Saß et al. 2003.

gene Aufgaben sehr schlecht ausführen, oder sie verhalten sich überaktiv und impulsiv oder beides (Tabelle 17.2). Die Störung beginnt häufig noch vor der Einschulung wie im Falle von Steven:



Stevens Mutter kann sich an keine Zeit erinnern, in der ihr Sohn nicht an irgendeiner Geschichte beteiligt oder in Schwierigkeiten gewesen wäre. Als Baby war er unglaublich aktiv – so aktiv, dass er beinahe sein Kinderbett zu Bruch geschaukelt hätte. Alle Schrauben lockerten sich und mussten von Zeit zu Zeit nachgezogen werden. Auch war Steven immer an Orten, die ihm verboten worden waren, etwa am Medizinschrank oder unter dem Spülbecken. Einmal schluckte er Reinigungsmittel und musste in eine Notambulanz gebracht werden. Überhaupt hatte Steven viel mehr Unfälle und war ungeschickter als sein älterer Bruder und seine jüngere Schwester ... Er schien sich

immer schnell zu bewegen. Seine Mutter erinnert sich, dass Steven vom Krabbeln gleich zum Rennen überging und dazwischen sehr wenig ging.

Als Steven in den Kindergarten kam, begannen die Schwierigkeiten für ihn erst richtig. Seit seiner Einschulung macht er sich und ebenso dem Lehrer das Leben schwer. Steven scheint nicht fähig zu sein, auftragene Aufgaben zu erledigen und Anweisungen zu befolgen. Stattdessen redet er mit seinem Nachbarn oder läuft ohne Erlaubnis des Lehrers im Klassenzimmer herum. Wenn er sich wieder gesetzt hat, der Lehrer ein Auge auf ihn hat und dafür sorgt, dass er arbeitet, ist Stevens Körper offenbar immer noch in Aktion. Entweder klopft Steven mit dem Bleistift, zappelt herum oder starrt aus dem Fenster und träumt. Steven hasste den Kindergarten und hatte kaum dauerhafte Freunde; die Regeln und Anforderungen der Schule scheinen für ihn sogar unüberwindliche Hürden darzustellen. Die Auswirkungen seiner Fehlanpassung zeigen sich jetzt in seinen Schularbeiten und seiner Einstellung. Er ist in seinen Leistungen zurückgefallen und hat echte Schwierigkeiten,

mit neuen Begriffen zurechtzukommen; er befolgt Anweisungen des Lehrers nicht mehr und hat angefangen, freche Antworten zu geben.

Gelfand, Jenson & Drew 1982, S. 256

Die ADH-Symptome verstärken sich oft gegenseitig (Stevens & Ward-Estes 2006). Ein Kind, das Konzentrationsprobleme hat, kann in mehrere Richtungen zugleich abgelenkt werden. Ähnlich hat ein Kind, das sich ständig bewegt, wahrscheinlich Schwierigkeiten, Aufgaben bis Ende zu führen oder sorgfältig zu urteilen. Oft sticht einer dieser Störungsbereiche stärker hervor als die anderen. Etwa die Hälfte aller Kinder mit ADH hat zusätzlich Lern- oder Kommunikationsschwierigkeiten; viele zeigen mangelhafte Schulleistungen, und etwa 80 Prozent sind ungehorsam, oft sogar sehr ausgeprägt (Stevens & Ward-Estes 2006). Auch affektive und Angststörungen treten gehäuft auf (Julien 2005).

Etwa fünf Prozent der Schulkinder zeigen ADH, etwa zu 90 Prozent Jungen. Wenn die Eltern ADH gehabt haben, sind die Kinder stärker risikobehaftet. Die Störung dauert gewöhnlich die gesamte Kindheit lang an (Saß et al. 2003). Bei vielen Kindern schwächen sich die Symptome bis zur Mittadoleszenz ab, doch 35 bis 60 Prozent haben weiterhin Probleme auch im Erwachsenenalter (Kessler et al. 2005) (Abbildung 17.3). Die Symptome der Ruhelosigkeit und Hyperaktivität sind bei Erwachsenen weniger stark ausgeprägt.

Ursachen der ADH

ADH gilt als eine Folge verschiedener interagierender Ursachen. In vielen Fällen wurden biologische Faktoren identifiziert, vor allem im Bereich des dopaminergen Neurotransmittersystems und Auffälligkeiten in der frontal-striatalen Region des Gehirns (Brown 2005). Andere Annahmen umfassen Faktoren wie ein hohes Stressniveau oder dysfunktionale Familien (Barkley 2004). ADH-Symptome können zu weiteren Schwierigkeiten und zusätzlichen Symptomen bei dem Kind führen. Altersgenossen und Eltern sehen hyperaktive Kinder oft negativer als andere Kinder – das gilt sogar für die betroffenen Kinder selbst.

Diagnose der ADH

ADH ist schwierig zu diagnostizieren. Idealerweise sollte das Verhalten des Kindes in verschiedenen Umfeldern (Schule, zu Hause, mit Freunden) beobachtet werden,

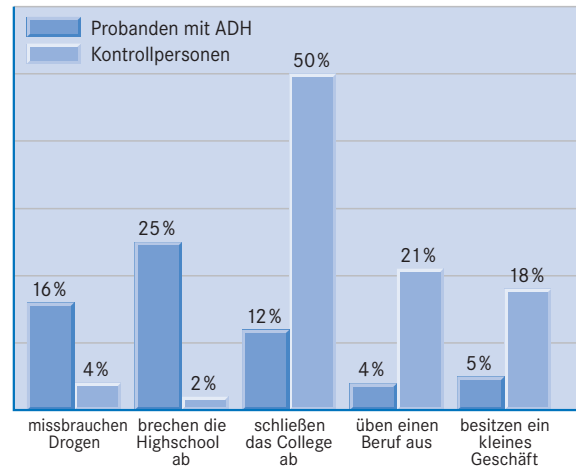


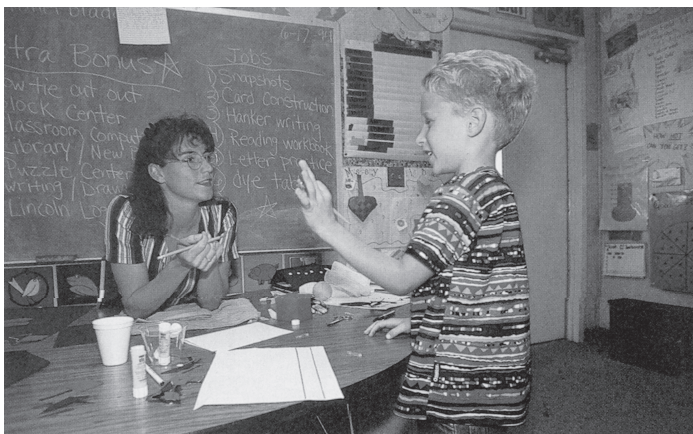
Abb. 17.3 Die langfristigen Folgen von ADH Früher galt ADH als eine Störung, die sich „auswächst“. Heute hat man erkannt, dass sich ADH bei vielen Betroffenen weiterhin auswirkt. Eine Längsschnittstudie an 103 Jungen mit ADH und 100 Kontrollpersonen zeigte kürzlich, dass die Jungen mit ADH als Jugendliche häufiger Drogen missbrauchten und seltener einen Highschool- oder Collegeabschluss erreichten, seltener eine berufliche Position wie Börsenmakler oder Buchhalter einnahmen oder ein kleines Geschäft besaßen (nach Mannuza et al. 1993).

da die Symptome der Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit durchgehend anwesend sein müssen, um die DSM-Kriterien zu erfüllen. Die Kinder selbst geben oft eine kaum verwertbare Beschreibung ihrer Symptome und untertreiben ihren Schweregrad. Aus diesen Gründen müssen Beobachtungen der Lehrer und Eltern eingeholt werden. Zusätzlich bestehen eine Anzahl von standardisierten diagnostischen Interviews, Einschätzungsskalen und psychologischer Tests, um ADH zu diagnostizieren. Intelligenztests und neuropsychologische Tests werden ebenfalls eingesetzt (Nichols & Waschbusch 2004).

Behandlung der ADH

Die Therapie für ADH ist sehr umstritten (Barkley 2004). In den USA werden häufig Stimulanzien wie **Methylphenidat (Ritalin)** verordnet. Die Medikamente haben eine beruhigende Wirkung bei 80 Prozent der Kinder mit ADH und steigern häufig ihre Fähigkeit, komplexe Probleme zu lösen und aggressives Verhalten zu kontrollieren (Barkley 2004). Befürchtungen bestehen jedoch auch hinsichtlich der Spätfolgen der Einnahme (Bennett et al. 1999).

Verhaltensintervention Bei ADH haben sich verhaltenstherapeutische Erziehungs- und Verhaltensprogramme als erfolgreich erwiesen. Dabei werden Verhaltensziele und Belohnungen klar definiert und Verhaltensweisen, die zu einer Annäherung an das Ziel führen, systematisch verstärkt.



Die Verhaltenstherapeuten behandeln ADH hauptsächlich, indem sie den Eltern und Lehrern beibringen, das Kind systematisch zu verstärken, wenn es zu Hause oder in der Schule Aufmerksamkeit zeigt oder sich angemessen verhält (Kontingenzmanagement). Derartige operante Konditionierungsansätze waren häufig erfolgreich und wurden auch in Kombination mit medikamentöser Therapie angewandt (Barkley 2004). Manche Therapeuten verknüpften die Kontingenzmanagement-Methoden mit Selbstinstruktionstraining, bei dem die Kinder lernen, Aufgaben systematisch zu bearbeiten (Lauth & Schlottke 1997). Dieser kombinierte Behandlungsansatz hat sich bei ADH als erfolgreich erwiesen (Lauth et al. 1996).

Ψ Psycho-Auflistung

Die häufigsten Ängste in der Kindheit

1. nicht atmen können,
2. von einem Auto oder Lastwagen angefahren werden,
3. von einem hohen Ort fallen,
4. durch Keime infiziert zu werden oder eine schwerwiegende Krankheit zu bekommen,
5. bombardiert oder besetzt zu werden,
6. von Feuer verbrannt werden,
7. an einem fremden Ort verloren zu gehen,
8. Opfer eines Einbruchs zu werden.

Neal et al. 1993

Störungen der Ausscheidung

Kinder mit Störungen der Ausscheidung – **Enuresis** (Einnässen) und **Enkopresis** (Einkoten) – urinieren oder defäzieren wiederholt in ihre Kleider, ins Bett oder auf den Boden, und zwar noch in einem Alter, in dem sie

diese Körperfunktionen beherrschen sollten. Außerdem sind ihre Symptome nicht die Folge einer medizinisch definierten Erkrankung.

Enuresis

Als *Enuresis* bezeichnet man unwillkürliches (in manchen Fällen auch willkürliches) Entleeren von Urin ins Bett oder in die Kleidung. Sie kann hauptsächlich nachts oder seltener tags oder auch kombiniert auftreten. Nur Kinder, die fünf Jahre oder älter sind (oder sich auf einer äquivalenten Entwicklungsstufe befinden), kommen für diese Diagnose infrage. Das Problem kann infolge eines belastenden Ereignisses wie einer Krankenhauseinweisung oder des Schulbeginns entstehen, wie der nachfolgende Fall von Amber demonstriert:



Die siebenjährige Amber wurde in die psychiatrische Familienambulanz überwiesen. Zu dieser Zeit war sie in der zweiten Schulklasse. Ihr Vater, Mr. Dillon, war über die Probleme des Kindes sehr beunruhigt. Am Telefon berichtete er, dass Amber das Bett immer häufiger einnässete und in der Schule ständig zur Toilette ging. Außerdem hatte sie Schwierigkeiten im Unterricht ...

Bei der diagnostischen Sitzung berichtete Amber, dass sie zu Hause Probleme bekäme und dass ihre Eltern wütend mit ihr wären. Befragt, warum die Eltern wütend waren, meinte Amber, dass ihre Schulleistungen nicht gut wären und dass sie „nervös“ sei ... Ihre Schulnoten waren über das Jahr zunehmend schlechter geworden, und sie hatte Probleme, sich zu konzentrieren. Im Vorjahr hatte sie sehr gute Leistungen erbracht, vor allem beim Lesen, aber nun hatte sie in mehreren Fächern Schwierigkeiten ...

Amber gab zu, dass sie ihr Bett ein- bis zweimal in der Woche einnässete. Auch musste sie drei- bis viermal am Tag

in der Schule die Toilette benutzen. Das war offensichtlich eine Quelle der Verärgerung für ihre Gruppenlehrerin ... Amber berichtete, dass sie es einmal nicht zur Toilette geschafft hatte und sich etwas eingenässt hatte. Glücklicherweise war das nicht offensichtlich gewesen, aber für Amber war der Zwischenfall sehr peinlich. Sie trug nun eine Einlage, um solche Missgeschicke in Zukunft zu vermeiden ...

[In einem unabhängig davon durchgeführten Interview, fragte die Psychologin die Eltern] ob es zu Hause bedeutende Veränderungen gegeben habe. Bei dieser Frage zuckten die Eltern zusammen und sahen einander nervös an, bevor sie antworteten. Schließlich meinte Mr. Dillon, dass er und seine Frau im letzten Jahr Eheprobleme und dass sie mehr als sonst gestritten hatten. Tatsächlich hatten sie die Möglichkeit einer Scheidung in Erwägung gezogen und planten nun eine Trennung.

Kearney 1999, S. 60–62

Die Prävalenz von Enuresis sinkt mit zunehmendem Alter. Zehn Prozent der fünfjährigen Kinder leiden an dieser Störung. Dagegen sind nur drei bis fünf Prozent der zehnjährigen Kinder betroffen. Mit 15 Jahren kommt das Muster bei etwa einem Prozent der Jugendlichen vor (Saß 2003). Viele der Menschen mit Enuresis haben einen nahen Verwandten (Eltern, Geschwister), der ebenfalls an der Störung litt oder leidet (Christophersen & Purvis 2001).

Erklärung der Enuresis Psychoanalytiker erachten das Bettnässen als ein Symbol für tiefere Konflikte und daher ein Symptom einer allgemeineren Störung (Olmos de Paz 1990). Systemische Familientheoretiker führen das Problem auf gestörte familiäre Interaktionen zurück (Fletcher 2000). Verhaltenstherapeuten sehen hinter dem Bettnässen eine gescheiterte Sauberkeitserziehung. Das Training setzte vielleicht zu früh ein oder war zu nachlässig oder wurde unangemessen verstärkt (Christophersen & Purvis 2001). Manche vermuten einen Entwicklungsrückstand der Blasenschließmuskulatur (Nield & Kamat 2004).

Behandlung der Enuresis Die meisten Fälle von Enuresis geben sich schließlich auch unbehandelt von selbst; dennoch wird häufig eine Therapie aufgenommen, um diesen Prozess zu beschleunigen (Nield & Kamat 2004). Vor allem Therapien nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien sind von Erfolg gekrönt. Eine weithin angewandte und offensichtlich hilfreiche Methode beruht auf der klassischen Konditionierung: Wenn das Kind zu Bett geht, legt man unter das Laken eine spezielle Decke, die aus zwei Metallfolien, die mit einer Batterie und einer Klingel verbunden sind, besteht (Houts 2003; Mowrer & Mowrer 1938). Schon ein einziger Tropfen Urin wirkt als Elektrolyt, der die Klingel auslöst. Das

Kind wird unmittelbar, nachdem es zu urinieren begonnen hat, geweckt. Auf diese Weise wird die Klingel (der unkonditionierte Stimulus) mit der Empfindung einer vollen Blase (konditionierter Stimulus) verknüpft, und schließlich erzeugt die volle Blase das Aufwachen.

Therapien, die auf Selbstkontrolle abzielen, erreichen ebenfalls hohe Erfolgs- und geringe Rückfallraten. Die Kinder werden wiederholt während der Nacht aufgeweckt, üben auf die Toilette zu gehen und werden dafür belohnt (Christophersen & Purvis 2001).

Enkopresis

Die wiederholte Darmentleerung an dafür nicht vorgesehenen Stellen ist seltener als Enuresis und weniger gut erforscht. Die Störung, die gewöhnlich unwillkürlich auftritt, beginnt im Alter von etwa vier Jahren. Sie betrifft ungefähr ein Prozent aller Fünfjährigen (Tabelle 17.3); die Rate fällt bei Erwachsenen auf nahezu Null. Sie kommt bei Jungen häufiger vor als bei Mädchen (Saß et al. 2003).

Enkopresis ruft gewöhnlich intensive Scham und Verlegenheit hervor (Cox et al. 2002). Die betroffenen Kinder versuchen häufig, ihr Leiden vor anderen geheimzuhalten und potenziell unangenehme Situationen wie Zeltlager oder den Schulbesuch zu vermeiden (Saß et al. 2003). Enkopresis kann mit Verstopfung, Stress oder unzulänglicher, nachlässiger Sauberkeitserziehung verbunden sein (Partin et al. 1992). Häufig treten in Fällen von Enkopresis auch andere körperliche Störungen auf, sodass eine anfängliche ärztliche Untersuchung ratsam ist.

Am häufigsten und erfolgreichsten wendet man verhaltenstherapeutische und – bei Verstopfung – medizinische Therapien sowie Kombinationen aus beiden an (Christophersen & Purvis 2001). Auch Familientherapie erwies sich als nützlich (Wells & Hinkle 1990).

Langzeitstörungen, die in der Kindheit beginnen

Viele Kindheitsstörungen gehen mit zunehmendem Alter zurück. Zwei der Störungen, die sich während der Kindheit bemerkbar machen, bleiben mit großer Wahrscheinlichkeit während des ganzen Lebens bestehen: **tief greifende Entwicklungsstörungen** und **geistige Behinderung**. Beide Störungen wurden ausgedehnt erforscht, und es wurden zahlreiche Behandlungsansätze entwi-

Tabelle 17.3: Vergleich der Störungen in der Kindheit.

Störung	Beginn der Störung	Prävalenz	Geschlecht mit der größeren Prävalenz	erhöhte Prävalenz in Familie	Erholung im Erwachsenenalter
Störung des Sozialverhaltens	12–15 Jahre	1–10 %	männlich	ja	oft
ADH	vor 12	5 %	männlich	ja	oft
Enuresis	5–8 Jahre	5 %	männlich	ja	gewöhnlich
Enkopresis	nach 4	1 %	männlich	unklar	gewöhnlich
Lernstörungen	6–9 Jahre	5 %	männlich	ja	oft
Autismus	0–3 Jahre	0,25 %	männlich	ja	manchmal
geistige Behinderung	vor 10	1–3 %	männlich	unklar	manchmal

ckelt, die das Leben der Betroffenen deutlich verbessern können.

Tief greifende Entwicklungsstörungen

Tief greifende Entwicklungsstörungen umfassen eine Gruppe von Störungen, die durch Beeinträchtigung der sozialen Interaktion, ungewöhnliche Kommunikation und unangepasste Reaktionen auf Umgebungsreize gekennzeichnet sind. Sie umfassen die **autistische Störung**, die **Asperger-Störung**, die **Rett-Störung** und die **desintegrative Störung im Kindesalter**. Zusammengekommen werden diese Störungen manchmal auch als Autismus-Spektrumsstörungen bezeichnet. Obwohl die Störungsmuster einander in vieler Hinsicht ähneln, bestehen doch auch deutliche Unterschiede im Ausmaß der sozialen Beeinträchtigung und im Zeitpunkt des Beginns (Kabot et al. 2003). Da die Rett-Störung und die desintegrative Störung des Kindesalters sehr selten vorkommen, wird in diesem Kapitel nur auf die autistische Störung und die Asperger-Störung eingegangen.

Autistische Störung Ein kleiner Junge namens Mark zeigt das typische autistische Störungsbild:



In der Rückschau kann sich Susan [Marks Mutter] an einiges erinnern, das ihr seltsam vorkam. Beispielsweise erinnert sie sich, dass ... es Mark nie vorauszuahnen schien, dass er auf den Arm genommen werden würde, wenn sie sich ihm näherte. Außerdem zeigte er, obwohl er sehr an seinem Schnuller hing (er weinte, wenn jener verlegt

wurde), wenig Interesse an Spielzeug. Eigentlich schien sich Mark für gar nichts zu interessieren. Er zeigte selten mit den Fingern auf irgendwelche Dinge, und Geräusche schienen ihm gleichgültig ... Mark verbrachte viel Zeit damit, monoton auf Tische zu klopfen, scheinbar in seiner eigenen Welt versunken.

Nach seinem zweiten Geburtstag begannen Marks Eltern, sich wegen seines Verhaltens Sorgen zu machen ... Mark, so sagten sie, „schaute durch die Leute durch“ oder an ihnen vorbei, nur selten blickte er sie an. Er konnte ein paar Worte sprechen, schien jedoch Sprache nicht zu verstehen. Er reagierte nicht einmal auf seinen Namen. Mark beschäftigte sich ständig mit gewöhnlichen Dingen, die er sich vor die Augen hielt und dann drehte und wendete. Besonders beunruhigend waren Marks seltsame Bewegungen – er hüpfte, wedelte mit den Armen, wand seine Hände und Finger und grimassierte auf jede nur erdenkliche Weise, besonders wenn er aufgeregt war – sowie das, was Robert [Marks Vater] als Marks Rigidität bezeichnete. Mark stellte Gegenstände in Reihen auf und schrie, wenn man sie durcheinanderbrachte. Es musste alles an seinem Platz bleiben, und er regte sich auf, wenn Susan versuchte, die Möbel im Wohnzimmer umzustellen ...

Langsam, etwa ab dem Alter von fünf Jahren, begann Mark Fortschritte zu machen ... Das Satzpronomen war falsch, und der Satz hatte die Form der Frage, die ihm zuvor gestellt worden war, doch die Bedeutung war klar.

Wing 1976

Mark zeigte eine **autistische Störung**, auch **Autismus** genannt. Der amerikanische Psychiater Leo Kanner identifizierte als Erster diese Störung 1943. Die betroffenen Kinder reagieren kaum auf andere, zeigen mangelhafte Kommunikationsfähigkeiten und reagieren oft bizarr auf ihre Umwelt (Tabelle 17.4). Die Symptome zeigen sich zu einem sehr frühen Zeitpunkt, noch vor dem Alter von drei Jahren. Bis vor Kurzem betraf Autismus nur eines von je 20 000 Kindern (Saß et al.

Tabelle 17.4: DSM-IV-Kriterien.

Autistische Störung	
1. Mindestens sechs Kriterien aus den folgenden Symptomgruppen:	
A)	<i>Beeinträchtigung der sozialen Interaktion</i> in mindestens zwei Bereichen:
a)	ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch vielfältiger nonverbaler Verhaltensweisen wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik zur Steuerung sozialer Interaktionen,
b)	Unfähigkeit, entwicklungsgemäße Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen,
c)	Mangel, spontan Freude, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen,
d)	Mangel an sozioemotionaler Gegenseitigkeit.
B)	<i>Beeinträchtigung der Kommunikation</i> in mindestens einem der folgenden Bereiche:
a)	verzögertes Einsetzen oder völliges Ausbleiben der Entwicklung von gesprochener Sprache,
b)	bei Personen mit ausreichendem Sprachvermögen deutliche Beeinträchtigung der Fähigkeit, ein Gespräch zu beginnen oder fortzuführen,
c)	stereotyper oder repetitiver Gebrauch der Sprache oder idiosynkratische Sprache,
d)	Fehlen entwicklungsgemäßer Rollenspiele oder sozialer Imitationsspiele.
C)	<i>Beschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten</i> in mindestens einem der folgenden Bereiche:
a)	abnorme Beschäftigung mit einem oder mehr stereotypen und begrenzten Interessen,
b)	auffällig starres Festhalten an nicht funktionalen Gewohnheiten oder Ritualen,
c)	stereotype und repetitive motorische Manierismen, ständige Beschäftigung mit Teilen von Objekten.
2. Beginn vor Vollendung des dritten Lebensjahres und Verzögerung oder abnorme Funktionsfähigkeit bei sozialer Interaktion, Sprache oder symbolischem Spiel.	

Quelle: Nach Saß et al. 2003.

2003). Doch wurde Autismus in den letzten Jahren häufiger diagnostiziert, sodass nun etwa ein Kind von 600 und vielleicht auch von 200 Kindern diese Störung zeigt (Fombonne 2003).

Annähernd 80 Prozent der autistischen Kinder sind Jungen. Bis zu 90 Prozent der autistischen Kinder bleiben bis ins Erwachsenenalter schwer beeinträchtigt und können kein selbstständiges Leben führen (Siegel & Ficcaglia 2006). Darüber hinaus haben selbst diejenigen Erwachsenen, die funktionsfähiger sind, Probleme mit Nähe, Einfühlungsvermögen und generell mit sozialen Bezügen und Kommunikation. Auch zeigen sie beschränkte Interessen und Aktivitäten (Baron-Cohen & Wheelwright 2003).

Die Merkmale des Autismus Distanziertheit, Unansprechbarkeit und fehlendes Interesse an anderen Menschen bildeten lange die Eckpfeiler der Diagnose Autismus (Siegel & Ficcaglia 2006). Wie Mark strecken autistische Kinder ihren Eltern gewöhnlich nicht die Arme entgegen und wehren sich möglicherweise gegen Körperkontakt. Sie nehmen kaum Notiz von Menschen um sie herum.

Sprach- und Kommunikationsdefizite können unterschiedliche Formen annehmen. Etwa die Hälfte aller autistischen Kinder spricht nicht oder entwickelt keine sprachlichen Fähigkeiten (Dawson & Castelloe 1992).

Diejenigen, die sprechen, zeigen bestimmte Spracheigentümlichkeiten. Eine der häufigsten ist die **Echolalie**, das genaue Wiedergeben oder Nachplappern von Sätzen anderer. Das Kind wiederholt Wörter mit derselben Betonung oder Flexionsform, jedoch ohne Verständnis. Zusätzlich zeigen viele *verzögerte Echolalie*; das heißt, sie wiederholen einen Satz Stunden oder Tage, nachdem sie ihn gehört haben.

Eine weitere Spracheigentümlichkeit autistischer Kinder ist das *Vertauschen der Pronomina*; sie sagen „du“ statt „ich“. Wenn Mark Hunger hatte, sagte er: „Möchtest du essen?“ Manchen fällt es schwer, Objekte zu benennen (*nominale Aphasie*), andere können keine abstrakten Begriffe verwenden. Auch sprechen manche autistischen Kinder in einer falschen Sprachmelodie, beenden beispielsweise Aussagesätze mit einem frageartigen Anheben der Stimme.

Autismus geht außerdem typischerweise einher mit einer eingeschränkten Fähigkeit zu symbolischem Spiel und mit *repetitivem und rigidem Verhalten*. Autistische Kinder spielen und interagieren in ungewöhnlicher Art mit der Umwelt. Sie widersetzen sich Änderungen massiv und reagieren heftig auch auf geringfügige Veränderungen an Gegenständen oder Personen oder in ihren Gewohnheiten. Viele zeigen ritualisierte und repetitive Verhaltensweisen. Mark beispielsweise stellte Dinge in Reihen auf und schrie, wenn man sie durcheinander-

brachte. Ähnlich können autistische Kinder mit einem Wutanfall reagieren, wenn ein Elternteil eine ungewohnte Brille trägt, ein Stuhl umgestellt oder ein Wort in einem Lied verändert wird. Kanner (1943) bezeichnete dieses Merkmal als *zwanghaftes Beharren auf Eintönigkeit*. Viele autistische Kinder entwickeln eine überstarke Bindung an bestimmte Gegenstände wie Plastikdeckel, Gummibänder, Karten, Knöpfe oder Wäasser. Sie sammeln diese Dinge, ordnen sie sorgfältig, tragen sie herum oder spielen ständig damit. Manche Kinder sind fasziniert von Bewegung und beobachten stundenlang sich drehende Objekte wie Ventilatoren oder Schallplatten.

Die *Motorik* autistischer Kinder kann ebenfalls auffällig sein. Mark hüpfte, fuchtelte mit den Armen, verdrehte Hände und Finger und grimassierte. Zusätzlich zu derartigen selbststimulierenden Verhaltensweisen zeigen manche Kinder *selbstschädigende Verhaltensweisen* wie Kopfanschlagen, Ausreißen der Haare oder Beißen in eigene Körperteile.

Diese Reaktionen autistischer Kinder sind schwer gestört und widersprüchlich. Manchmal scheinen die Kinder von Anblicken und Geräuschen übermäßig stimuliert zu werden, sodass sie versuchen, diese auszublenken; dann wieder fühlen sie sich offenbar zu wenig stimuliert und führen zum Ausgleich selbststimulierende Handlungen aus. Unter Umständen reagieren sie nicht auf laute Geräusche, drehen sich aber herum, wenn sie hören, wie Sprudel eingeschenkt wird (Dawson et al. 1998). Sie erkennen nicht, dass sie den gefährlichen Rand eines hoch gelegenen Ortes erreicht haben, entdecken jedoch sofort einen kleinen Gegenstand, der sich in ihrem Zimmer nicht an seinem Platz befindet.

Asperger-Störung Um die Zeit, in der Kanner den Autismus identifizierte, wies der Wiener Arzt Hans Asperger auf ein Syndrom hin, bei dem Kinder schwerwiegende soziale Beeinträchtigungen zeigen, aber dennoch ein relativ hohes Niveau kognitiver Funktionen und der Sprache beibehalten. Kinder mit Asperger-Störung zeigen soziale Defizite, sind ausdrucksarm, haben ideosynkratische Interessen, begrenztes und repetitives Verhalten, sind aber trotzdem intellektuell und hinsichtlich ihrer sprachlichen Fähigkeiten im Normalbereich (Siegel & Ficcaglia 2006). Diese Personen haben Schwierigkeiten, mit anderen zu interagieren, sie wirken ungeschickt und sind über soziale Regeln in Unkenntnis (Saß et al. 2003).

Es könnte verschiedene Arten von Asperger-Störung geben, jede mit einer anderen Gruppe von Symptomen. So wurden beispielsweise drei Arten von Subtypen unterschieden: Regel-Jungen, Logik-Jungen und Gefühls-Jungen (Sohn & Grayson 2005). Regel-Jungen sind

Asperger-Patienten, die eine Anzahl von Regeln brauchen, die ihr Leben bestimmen. Sie sind extrem starrsinnig und beharren auf den Regeln beziehungsweise werden aggressiv, wenn die Regeln nicht genau befolgt werden. Sie erkennen Autoritätspersonen an und respektieren festgelegte Strukturen. Logik-Jungen sind in erster Linie an Gründen von Regeln interessiert; Regeln allein sind nicht genug. Sie wollen wissen, wie die Welt funktioniert, hinterfragen die Begründungen, die ihnen gegeben werden, und entwickeln ihre eigenen Gedankensysteme dazu. Unlogische Ereignisse akzeptieren sie nicht und sind oft übermäßig analytisch in ihrem Denken. Gefühls-Jungen lassen sich von ihren Gefühlen leiten. Sie haben mehr Wutausbrüche als andere Kinder mit Asperger-Störung und interagieren nicht mit anderen. Regeln oder Begründungen akzeptieren sie selten, sondern agieren ihre Gefühle aus.

Asperger-Störung kommt häufiger vor als Autismus. Ungefähr eine von 250 Personen zeigt diese Störung, wieder sind 80 Prozent davon Jungen (CADDRE 2004). Es ist wichtig, die Asperger-Störung frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln, damit diese Personen bessere Aussichten haben, in der Schule erfolgreich zu sein und später unabhängig leben zu können. Obwohl Asperger-Patienten lebenslanglich an Defiziten leiden, schaffen viele ein hohes Ausbildungsniveau. Auch können sie im Arbeitsleben erfolgreich sein, vor allem mit Beschäftigungen, bei denen sie sich auf Einzelheiten konzentrieren können und die wenig soziale Interaktion erfordern (ASA 2005).

Ursachen der tief greifenden Entwicklungsstörungen

Es gibt eine Reihe von Erklärungen für Autismus, mehr als für Asperger-Störung oder andere tief greifende Entwicklungsstörungen. Es ist jedoch durchaus möglich, dass dieselben Ursachen, die für Autismus verantwortlich sind, auch auf andere tief greifende Entwicklungsstörungen zutreffen und dass dieselben Behandlungen wirksam sind. Doch könnte die zunehmende Forschung in den kommenden Jahren Unterschiede in den Ursachen zwischen den verschiedenen tief greifenden Entwicklungsstörungen aufdecken und spezifischere Behandlungsmethoden entwickeln.

Bei Autismus stand lange Zeit eine soziokulturelle Begründung im Vordergrund, die die Forschung wahrscheinlich in die falsche Richtung gelenkt hatte. Neuere psychologische und biologische Untersuchungen lieferten Hinweise auf Abnormalitäten im Bereich kognitiver Funktionen und Hirnstrukturen.

Soziokultureller Ansatz Ursprünglich war man der Ansicht, dass Autismus primär durch eine dysfunktionale oder stark belastete Familie zustande kommt. Als

Leo Kanner (1954, 1943) Autismus zuerst identifizierte, meinte er, dass bestimmte *Persönlichkeitscharakteristika der Eltern* das Klima für die Entwicklung der kindlichen Störung schufen. Er erachtete diese Eltern als sehr intelligent, aber kalt („Kühlschränkeltern“). Diese Meinung hatte eine bestürzende Wirkung auf die Öffentlichkeit und die Eltern selbst, aber die Forschung konnte das Bild von den rigiden, kalten, abweisenden und gestörten Eltern in keiner Weise belegen (Roazen 1992).

Ebenso meinte man, dass ein hohes Ausmaß an Belastung einen Faktor bei Autismus darstellt. Auch diese Meinung fand keine Unterstützung in der Forschung. Untersuchungen, bei denen autistische Kinder mit gesunden verglichen wurden, fanden keine Unterschiede bei Todesfällen unter den Eltern, der Scheidungsrate, Trennung, finanziellen Problemen oder dem Ausmaß der Stimulation (Cox et al. 1975).

Psychologischer Erklärungsansatz Es wurde angenommen, dass autistische Kinder vor allem an Störungen der Wahrnehmung und der Kognition leiden, die ihnen eine normale Kommunikation, normale zwischenmenschliche Beziehungen und Interaktionen mit der Umwelt unmöglich machen. Nach einer einflussreichen Ansicht haben autistische Kinder bei der Entwicklung einer *theory of mind* schwerwiegende Defizite. Damit bezeichnet man das Bewusstsein hinsichtlich der Verhaltensintentionen und Absichten anderer Personen, die über die beobachtbaren Indizien hinausgehen (Frith 2000).

Im Alter von drei bis fünf Jahren können die meisten Kinder den Standpunkt einer anderen Person berücksichtigen und ihn bei der Vorhersage dessen, was die andere Person machen wird, heranziehen. Wenn wir zum Beispiel Jessica dabei beobachten, wie sie eine Murmel in einen Behälter gibt und danach sehen, wie Frank die Murmel herausnimmt und woanders hinlegt, während sich Jessica abwendet, erwarten wir später, dass sie zuerst in ihrem Behälter nach der Murmel sucht, weil sie nicht weiß, dass sie sich nun an einem anderen Ort befindet. Wir wissen das, weil wir Jessicas Standpunkt berücksichtigen können. Ein gesundes Kind würde Jessicas Verhalten auch vorhersagen können. Nicht so ein autistisches Kind. Es würde erwarten, dass Jessica an dem anderen Ort, an dem sich die Murmel tatsächlich befindet, nachsieht.

Es gibt eine Anzahl von Untersuchungen, die diese „geistige Blindheit“ bei Autismus, allerdings nicht nur bei dieser Störung, nachgewiesen haben (Dahlgren et al. 2003). Es bestehen Schwierigkeiten bei „Als-ob“-Spielen, bei sprachlichen Formulierungen, die den Standpunkt anderer berücksichtigen, bei der Entwicklung von Beziehungen und der Teilnahme an zwischenmenschlichem Verhalten. Warum haben autistische Kinder diese

kognitiven Defizite? Es wird angenommen, dass sie grundlegende biologische Probleme haben, die verhindern, dass sie eine *theory of mind* entwickeln.



In ihren eigenen Worten

„Autismus ist ... genetisch gesehen tödlich (für Forscher). Das bedeutet, dass solche Patienten selten Kinder bekommen. Da sie nicht weitergegeben werden, sind die Gene schwer zu untersuchen.“

Marvin Schwalb, Molekulargenetiker, 1999

Biologische Erklärungsansätze Es wurde nun schon seit langer Zeit versucht herauszufinden, welche biologischen Faktoren einerseits zu den kognitiven Defiziten wie denen der *theory of mind* und andererseits zu den emotionalen Defiziten beim Autismus beitragen. Bisher bestehen noch keine umfassenden Erklärungen, wohl aber einige vielversprechende Anfänge dazu (Volkmar 2001). Untersuchungen der Verwandten autistischer Kinder sprechen für die Möglichkeit eines *genetischen Faktors* bei dieser Störung. Die Prävalenz bei Geschwistern autistischer Kinder beträgt sechs bis acht Prozent (Piven et al. 1997). Diese Rate liegt um vieles höher als die der Allgemeinbevölkerung. Außerdem zeigen einige Zwillingspartner von autistischen Kindern das höchste Risiko überhaupt (Treffert 1999). Die genetische Erklärung des Autismus wird auch von der Entdeckung bestimmter Chromosomenabweichungen bei zehn bis zwölf Prozent aller Betroffenen gestützt (Sudhalter et al. 1990).

Manche Studien deuten auf einen Zusammenhang zwischen Autismus und *pränatalen oder perinatalen Komplikationen* hin (Rodier 2000). So hatten beispielsweise die Mütter autistischer Kinder während der Schwangerschaft zehnmal häufiger Röteln als andere Mütter, waren toxischen Substanzen vor oder während der Schwangerschaft ausgesetzt und hatten mehr Geburtsschwierigkeiten. 1998 wurde der Verdacht geäußert, dass ein postnatales Ereignis, nämlich die Impfung gegen Röteln, für Autismus verantwortlich sei. Doch konnte dieser Verdacht bis heute nicht erhärtet werden (Institute of Medicine 2004).

Schließlich wurden spezifische biologische Abnormalitäten identifiziert, die zum Autismus beitragen können. So wurden Auffälligkeiten im Kleinhirn gefunden (DeLong 2005). Bildgebende Verfahren und Autopsien wiesen bei autistischen Patienten auf frühe, abnorme Entwicklungen in diesem Hirnbereich hin. Es ist schon lange bekannt, dass das Kleinhirn für die Koordination von Bewegungen von Bedeutung ist. Heute ist aber offensichtlich, dass dieser Bereich auch für kognitive

Funktionen wesentlich ist, offensichtlich von der Art, die bei autistischen Kindern Defizite aufweisen.

Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren liefern Hinweise auf vergrößertes Hirnvolumen und weiße Masse bei Kindern mit Autismus (Filipek 1999) wie auch strukturelle Abnormitäten im limbischen System, Hirnstammkernen und der Amygdala (Newschaffer, Fallin & Lee 2002). Viele Personen mit dieser Störung zeigen auch verringerte Aktivität in den Temporal- und Frontallappen während sprachlicher und motorischer Aufgaben (Escalante, Minshew & Sweeney 2003).

Viele vermuten jetzt multiple biologische Ursachen beim Autismus (Mueller & Courchesne 2000). Vielleicht führt eine Anzahl verschiedener relevanter biologischer Faktoren (genetischer, prä-, peri- und postnataler) letztendlich zu einem gemeinsamen Problem im Gehirn – eine „gemeinsame Endstrecke“, die Neurotransmitterstörungen und das autistische Verhaltensmuster hervorrufen.

Die Therapie der autistischen Störung Autismustherapien können den Betroffenen helfen, sich im Rahmen ihrer Einschränkungen besser an ihre Umgebung anzupassen. Als besonders hilfreich haben sich die verhaltenstherapeutische Behandlung, das Kommunikations- und Elternt raining sowie die gemeindenah e Versorgung erwiesen. Manchmal werden auch psychotrope Medikamente und Vitamine zusammen mit anderen Vorgehen eingesetzt (Volkmar 2001).

Verhaltenstherapeutische Behandlung Seit vielen Jahrzehnten wendet man bei autistischen Kindern verhaltenstherapeutisches Kontingenzmanagement an, um Autismusfällen neue, angemessene Verhaltensweisen einschließlich Sprache, soziale Fertigkeiten, schulisches Verhalten und die Fähigkeit zur Selbsthilfe beizubringen und negative, dysfunktionale Verhaltensweisen abzubauen. Meistens werden dabei *Modelllernen* und *operante Techniken* eingesetzt. Beim Modelllernen wird das erwünschte Verhalten demonstriert und das Kind angeleitet, es nachzuahmen. Bei der operanten Verstärkung werden die erwünschten Verhaltensweisen belohnt. Dabei wird *shaping* („Verhaltensformung“) durchgeführt, das heißt, die Verhaltensweisen werden in kleine Schritte eingeteilt, die selektiv und konsistent belohnt werden (Lovaas 2003). Bei sorgfältiger Planung und Durchführung kann den Kindern geholfen werden, neue, angemessenere Verhaltensweisen zu erwerben.

Eine kontrollierte Langzeitstudie (McEachin et al. 1993) verglich die Fortschritte von 19 autistischen Kindern, die intensiv verhaltenstherapeutisch behandelt wurden, mit denen einer Kontrollgruppe von 19 autistischen Kindern. Die Therapie, die im Elternhaus, in der

Schule und der Gemeinde jedes Kindes durchgeführt wurde, begann, als die Kinder drei Jahre alt waren, und wurde bis zum Alter von sieben Jahren fortgesetzt. Zu diesem Zeitpunkt brauchte die Experimentalgruppe weniger Förderunterricht in der Schule (viele Kinder besuchten eine Regelschule) und wies höhere IQ-Werte auf als die Kontrollgruppe. Dieser Vorsprung zeigte sich noch im Alter von elf bis 19 Jahren. Acht der früh behandelten Kinder erwiesen sich bei Intelligenztests und Tests des Anpassungsverhaltens den durchschnittlichen, normalen Kindern als ebenbürtig. Angesichts derartiger Ergebnisse sehen viele Kliniker heute in verhaltenstherapeutischen Maßnahmen die Therapie der Wahl für Autismus.

Verhaltenstherapeuten entwickelten außerdem Verfahren, die unerwünschtes Verhalten aus dem Verhaltensrepertoire des autistischen Kindes entfernen sollen (Foxy & Faw 1990). Diese Versuche galten hauptsächlich selbstschädigendem Verhalten wie Kopfanschlagen oder Sich-selbst-Beißen, was die Kinder oft gefährdet, und selbststimulierendem Verhalten wie ständigem Schaukeln oder Händeklatschen, was das Lernen und das kooperative Spielen stört. Manche verhaltenstherapeutische Programme ignorieren unangemessenes Verhalten und verstärken erwünschtes. Andere verwenden Bestrafung, um negatives Verhalten zu beseitigen.

Verhaltenstherapien eignen sich gut für den Einsatz in einer frühen schulischen Umgebung. Die Kinder besuchen Sonderklassen, oft in Sonderschulen, in denen Unterricht und Therapie gleichzeitig stattfinden. Besonders ausgebildete Lehrer helfen den Kindern, ihre Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Interaktionen mit der Welt zu verbessern. Manchmal treten die Kliniker dafür ein, begabtere autistische Kinder in normale Klassen mit ihren nicht autistischen Altersgenossen zu integrieren (Kohler, Strain & Goldstein 2005).

Verhaltenstherapie hat bei Kindern mit Autismus besonders dann einen guten Erfolg, wenn die Behandlung schon sehr früh einsetzt (Palmer 2003). Bei sehr kleinen Kindern sollte die Behandlung zu Hause vonstatten gehen, aber idealerweise sollten die Kinder nach dem dritten Lebensjahr an spezifischen Programmen außerhalb ihres Heimes teilnehmen.

Obwohl sie ebenfalls beeinträchtigt sind, brauchen Kinder mit Asperger-Störung weniger weit reichende Behandlungs- und Förderprogramme als diejenigen mit Autismus. Für sie wurde eine *kognitiv-soziale Integrationstherapie* geschaffen, bei der ihnen mehr Flexibilität hinsichtlich sozialer Regeln, Problemlöseverhalten und Verhaltensoptionen vermittelt werden (Sohn & Grayson 2005). Der Lehrer arbeitet mit den Kindern mit Asperger-Störung in kleinen Gruppen, in denen sie ihre Gedanken und Gefühle darlegen. Sie sollen bei der

Behandlung lernen, angesichts von Veränderungen weniger ängstlich zu sein, und üben neue soziale Fertigkeiten und andere Fähigkeiten ein. Als Techniken werden Einübung, Rollenspiel und visuelle Vorstellung eingesetzt, die es den Kindern ermöglichen sollen, das Erlernte auch auf das Alltagsleben zu generalisieren.

Kommunikationstraining Trotz intensiver Verhaltenstherapie bleiben bis zu 50 Prozent autistischer Kinder ohne Sprache (Abbildung rechts). Infolgedessen greifen viele Therapeuten bei ihren autistischen Klienten auf nicht verbale Kommunikationsformen einschließlich der Zeichensprache und der *Simultankommunikation* – eine Methode, die Zeichensprache und verbale Sprache verbindet – zurück. Andere Therapeuten verwenden *erweiterte Kommunikationssysteme* wie Kommunikationstafeln oder Computer, die Gegenstände oder Bedürfnisse durch Bilder, Symbole oder geschriebene Wörter darstellen. Das Kind kann beispielsweise auf das Bild einer Gabel zeigen, wenn es sagen will „Ich habe Hunger“, oder auf ein Radio, wenn es sagen will „Ich möchte Musik hören“.

Um die Sprachfertigkeiten von Kindern mit Autismus zu verbessern, verwenden manche Programme nun *kindinitiierte Interaktionen* (Koegel, Koegel & Brookman 2005). Dabei sollen intrinsische statt der trivialen Verstärker, wie Süßigkeiten, identifiziert werden. Die Kinder werden ermutigt, Dinge ausfindig zu machen, die für sie interessant sind, und sollen dann Fragen initiieren („Was ist das?“, „Wo ist das?“, „Wem gehört das?“), um den Gegenstand zu erhalten. Solche kindbezogenen Interventionen verbessern oft die unabhängige, selbstinitiierte Kommunikation, die Entwicklung der Sprache und führen zu erhöhter Beteiligung an Interaktionen (Koegel et al. 2005).

Elternt raining Eltern werden möglichst in das Therapieprogramm mit einbezogen. Die verhaltenstherapeutischen Programme umfassen unter anderem ein Training der Eltern, damit diese verhaltenstherapeutische Techniken erlernen und sie zu Hause anwenden können (Schreibman & Koegel 2005). Manche Therapieprogramme stellen heute den Eltern Anweisungshandbücher zur Verfügung und sehen Hausbesuche der Fachleute vor. In manchen Fällen wird das gesamte Programm im Elternhaus des Kindes durchgeführt. Der Verhaltenszuwachs, der durch ausgebildete Eltern zustande kommt, ist typischerweise größer als der von Lehrern. Darüber hinaus generalisieren Fertigkeiten, die Eltern vermittelt haben, in einem stärkeren Ausmaß.

In zunehmendem Maße besteht auch die Möglichkeit von Einzeltherapie und Unterstützungsgruppen für



Sprechen lernen Die Verhaltenstherapeuten erzielten beachtliche Erfolge beim Sprachtraining autistischer Kinder. Diese Therapeutin macht dem Kind systematisch vor, wie es den Mund bewegen und die entsprechenden Laute erzeugen muss, und belohnt das Kind dann für richtige Nachahmungen.

die Eltern. Auch Elternvereinigungen und Interessengruppen bieten emotionale Unterstützung und praktische Hilfe.



In ihren eigenen Worten

„Keine zwei Personen mit Autismus sind gleich. Die eigene Art des Ausdrucks ist bei jedem Fall verschieden.“

Oliver Sacks, 2000

„Die heutigen Kinder sind Tyrannen. Sie widersprechen ihren Eltern, schlingen ihr Essen hinunter und tyrannisieren ihre Lehrer.“

Sokrates, 425 v. Chr.

Eingliederung in die Gemeinde Gemeindeorientierte Integrationsmaßnahmen für autistische Personen setzen sich immer mehr durch. Es werden so früh wie möglich Bildungs- und häusliche Programme für autistische Kinder durchgeführt, damit sie lernen, sich selbst zu helfen, selbstständig zu leben und zu arbeiten. Mithilfe von Selbstmanagementtechniken sollen sie lernen, ihr Verhalten zu kontrollieren und in soziale Interaktionen einzutreten, auch wenn ihnen kein Therapeut dabei hilft (Koegel et al. 1992). Zusätzlich werden sorgfältig betreute Wohngemeinschaften für autistische Jugendliche und junge Erwachsene eingerichtet. Diese Heime sollen – gemeinsam mit beschützenden Werkstätten – das Problem lösen, dem sich alternde Eltern, deren Kinder immer Betreuung brauchen werden, gegenübersehen (Pfeiffer & Nelson 1992).

Tabelle 17.5: DSM-IV-Kriterien.

Geistige Behinderung

1. Deutlich unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit: ein IQ von etwa 70 oder weniger bei einem individuell durchgeführten Intelligenztest.
2. Gleichzeitig Defizite oder Beeinträchtigungen der gegenwärtigen Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
 - a) Kommunikation,
 - b) Eigenständigkeit,
 - c) häusliches Leben,
 - d) soziale/zwischenmenschliche Fertigkeiten,
 - e) Nutzen öffentlicher Einrichtungen,
 - f) Selbstbestimmtheit,
 - g) schulische Fertigkeiten,
 - h) Arbeit,
 - i) Freizeit,
 - j) Gesundheit,
 - k) Sicherheit.
3. Beginn vor 18 Jahren.

Quelle: Nach Saß et al. 2003.

Geistige Behinderung

Ed Murphy, 26 Jahre alt, kann ein Lied davon singen, was die Diagnose „geistig behindert“ bedeutet:



Was ist geistige Behinderung? Das ist schwer zu sagen. Ich glaube, es bedeutet, Probleme mit dem Denken zu haben. Manche Menschen glauben, dass man sieht, wenn ein Mensch geistig behindert ist. Wenn Sie so denken, dann halten Sie es nicht mit dem Grundsatz „im Zweifel für den Angeklagten“. Sie beurteilen einen Menschen danach, wie er aussieht oder redet oder was die Tests ergeben, aber Sie können niemals wirklich sagen, was in dem Menschen steckt.

Bogdan & Taylor 1976, S. 51

Einen Großteil seines Lebens trug Ed das Etikett „geistig behindert“ und wurde in speziellen Einrichtungen unterrichtet und betreut. Als er erwachsen war, keimte in den Klinikern der Verdacht, dass Eds intellektuelle Fähigkeiten das übertrafen, was diese Bezeichnung für gewöhnlich impliziert. Trotzdem durchlebte Ed die Kindheit und Adoleszenz eines als geistig behindert bezeichneten Menschen, und seine Erinnerungen illustrieren, welchen Vorurteilen geistig behinderte Menschen oft ausgesetzt sind.

Als geistig behindert gilt eine Person, deren Intelligenz und Anpassungsfähigkeit deutlich unter dem Durchschnitt liegen. Wie Eds Schilderung zeigt, wird der

Ausdruck auf eine umfassende und vielfältige Population angewandt: auf Kinder, die in verwahrenden Institutionen geistesabwesend vor- und zurückschaukeln, auf junge Menschen, die im Rahmen beruflicher Rehabilitationsprogramme täglich einer Arbeit nachgehen, und auf Männer und Frauen, die ihre Familien mit anspruchlosen Arbeiten ernähren (Saß et al. 2003). Etwa drei von je 100 Personen erhält die Diagnose „geistige Behinderung“ (Leonard & Wen 2002). Ungefähr drei Fünftel davon sind Jungen und die Mehrzahl gilt als *leicht* geistig behindert.

Nach dem DSM-IV besteht *geistige Behinderung* aus deutlich unterdurchschnittlicher *intellektueller Leistungsfähigkeit* und *Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit* (Saß et al. 2003). Zusätzlich zu einem niedrigen IQ (von 70 oder darunter) muss eine geistig behinderte Person auch große Schwierigkeiten in Bereichen wie Kommunikation, häusliches Leben, Arbeit oder Sicherheit haben (Tabelle 17.5). Obwohl diese Kriterien eindeutig scheinen, sind sie schwierig anzuwenden.

Intelligenzmessung Intelligenztests werden eingesetzt, um die intellektuellen Fähigkeiten einer Person zu erfassen (Kapitel 4). Die Tests bestehen aus einer Anzahl von Subtests, die verschiedene Aspekte kognitiver Funktionen messen. Ein niedriges Maß in einem oder zwei Tests bedeutet dabei noch kein niedriges Intelligenzniveau (Exkurs 17.3). Es ist der Gesamtscore, der *Intelligenzquotient (IQ)*, der das Ausmaß der intellektuellen Fähigkeiten einschätzt.



Exkurs 17.3

Lesen, Schreiben und Rechnen

Über 20 Prozent aller Kinder – Jungen häufiger als Mädchen – zeigen eine deutliche Verlangsamung beim Lernen, der Koordination oder der Kommunikation (Saß et al. 2003). Diese Kinder sind nicht geistig behindert, oft sogar sehr intelligent, doch Störungen dieser Art führen oft zu Leistungsbeeinträchtigungen in der Schule, im täglichen Leben und bei sozialen Interaktionen (Gorman 2003). Ähnliche Schwierigkeiten können bei nahen Verwandten der Kinder auftreten. Nach dem DSM-IV können diese Kinder an Lernstörungen, Störungen der motorischen Fertigkeiten oder an Kommunikationsstörungen leiden.

Lernstörungen Bei Lernstörungen ist die Rechen- oder Leseleistung oder die Schreibfertigkeit eines Kindes deutlich unter seinem sonstigen intellektuellen Leistungsniveau und beeinträchtigt dadurch seine Schulleistungen oder Alltagsaktivitäten (Saß et al. 2003). Die *Rechenstörung* wird diagnostiziert, wenn das Kind selektive Beeinträchtigung bei mathematischen Fertigkeiten zeigt. Die schriftlichen Ausdrucksfertigkeiten eines Kindes mit *Störung des schriftlichen Ausdrucks* liegen so weit unterhalb seiner intellektuellen Leistungsfähigkeit, dass die Rollenerfüllung im schulischen und persönlichen Bereich beeinträchtigt ist. Die Leseleistung von Kindern mit einer *Lesestörung*, auch als Dyslexie bezeichnet, liegt weit unterhalb der zu erwartenden Leistung in diesem Alter. Die Worterkennung und das Verständnis des Gelesenen sind bei diesen Kindern deutlich beeinträchtigt. Beim lauten Lesen lassen sie Wörter aus, verdrehen oder ersetzen sie, und sie lesen langsam und stockend.

Kommunikationsstörungen Kinder, die im dafür angemessenen Alter Sprachlaute nicht durchgängig korrekt bilden können, erhalten die Diagnose *phonologische Störung*. Die falsch artikulierten, ersetzten oder weggelassenen Laute erwecken den Eindruck von „Babysprache“. Kinder mit einer *expressiven Sprachstörung* haben große Schwierigkeiten, sich sprachlich auszudrücken. Sie besitzen einen sehr begrenzten oder unkorrekten Sprachschatz, haben Schwierigkeiten beim Erlernen neuer Wörter oder zeigen langsame Sprachentwicklung. Kinder mit *kombinierter rezeptiv-expressiver Sprachstörung* haben große Schwierigkeiten mit dem Verständnis und dem Ausdruck von Sprache. Kinder, die *stottern*, zeigen einen beeinträchtigten Redefluss. Sie wiederholen oder verlängern Laute oder streuen Laute ein, machen mitten im Wort eine Pause, blockieren Laute, ersetzen Wörter, um andere Wörter, die sie

nur schwer aussprechen können, zu vermeiden, oder geraten in übermäßige körperliche Spannung, wenn sie Worte produzieren.

Entwicklungsbezogene Koordinationsstörung Kinder mit einer *entwicklungsbezogenen Koordinationsstörung* zeigen bei Alltagsaktivitäten, die motorische Koordination erfordern, im Vergleich mit Gleichaltrigen deutlich schlechtere Leistungen (Saß et al. 2003). Betroffene Kleinkinder sind unbeholfen und lernen motorische Aufgaben wie Schnürsenkel binden, Hemden zuknöpfen und Reißverschlüsse schließen nur mit großer Verzögerung. Ältere Kinder haben Schwierigkeiten beim Zusammensetzen von Puzzles, beim Modellieren, beim Ballspielen und beim Schreiben von Druckbuchstaben oder Schreibschrift.

Ursachen von Lern-, Koordinations- und Kommunikationsstörungen Studien brachten diese Störungen mit Faktoren wie genetischen Defiziten, Schädigungen bei der Geburt, Bleivergiftung, unangemessener Ernährung, sensorischen Störungen und unzureichendem Unterricht in Zusammenhang (Grigorenko 2001). Dennoch fanden sich keine konsistenten Zusammenhänge, und die genauen Ursachen der Störungen sind nach wie vor unklar.

Behandlung der Lern-, Koordinations- und Kommunikationsstörungen Einige der Störungen sprechen auf bestimmte Behandlungsansätze an (Pless & Carlsson 2000). Schulung der Lesefertigkeit ist zum Beispiel sehr wirksam bei schwacher Lesestörung, und Sprachtherapie kann zu völliger Besserung bei phonologischer Störung führen (Merzenich et al. 1996). Darüber hinaus gehen Lern-, Kommunikations- und Koordinationsstörungen vor dem Erwachsenenwerden oft von selbst zurück (Saß et al. 2003).

Die Aufnahme der Lern-, Kommunikations- und Koordinationsstörung in das DSM-IV gilt als kontrovers. Viele sehen darin hauptsächlich schulische oder soziale Probleme, die auch in diesem Zusammenhang untersucht und behandelt werden sollten. Andere sind der Ansicht, dass diese Störungen oft mit anderen psychologischen Störungen in Zusammenhang stehen oder sie auslösen, womit die klinische Klassifikation gerechtfertigt sei (Mishna 1996). Insbesondere wurde auf Untersuchungen hingewiesen, die ein erhöhtes Risiko für Depression und sogar Suizid bei Jugendlichen mit Lernstörungen fanden (Huntington & Bender 1993).



Förderprogramm Studien zufolge lassen sich IQ-Werte und Schulleistungen verbessern, wenn man die Alltagsumgebung kleiner Kinder bereichert. Ein positives Ergebnis derartiger Studien waren die „Head-Start“-Programme in Städten im ganzen Land, so wie dieses in New York. Diese Vorschulprogramme für Kinder aus armen Vierteln bieten eine anregende Lern- und Sozialumgebung und steigern offenbar die Chancen der Kinder, später in der Schule bessere Leistungen zu erbringen. Die positiven Wirkungen verschwinden jedoch nach einigen Jahren wieder, wenn den Kindern in der Grundschule keine weiteren Förderprogramme mehr zur Verfügung stehen.

Viele bezweifeln die Validität der Intelligenztests. Messen sie wirklich das, was sie messen sollen? Die Korrelation zwischen IQ und Schulleistung ist sehr hoch (da die Intelligenzskalen über Jahrzehnte daran „validiert“, das heißt auf eine optimale Vorhersage der Schulleistung angepasst wurden); Kinder mit hohem IQ haben später auch einen guten Schulabschluss (Sternberg et al. 2001). Bei einzelnen Kindern kann es dennoch der Fall sein, dass sie eine bessere oder schlechtere Leistung erbringen, als der IQ vorhergesagt hätte. Darüber hinaus ist die Validität der IQ-Tests im unteren Bereich bisher unzureichend evaluiert, sodass es schwierig ist, Kinder mit schwerwiegender geistiger Behinderung genau einzustufen (Bebko & Weiss 2006).

Intelligenztests haben auch einen gewissen soziokulturellen Bias (Gopaul-McNicol & Armour-Thomas 2002). Kinder der mittleren oder höheren sozioökonomischen Schicht haben einen Vorteil, weil sie ständig der Sprache und dem Denken ausgesetzt sind, die in den Tests erfasst werden (Abbildung oben). Die Tests messen nicht die „Straßenklugheit“, die man vielleicht in armen

Vierteln mit hoher Verbrechensrate zum Überleben braucht. Auch Personen aus anderen Sprachkulturen sind bei IQ-Tests benachteiligt.

Wenn IQ-Tests Intelligenz nicht immer objektiv erfassen, könnte auch die Diagnose der geistigen Behinderung infrage gestellt werden. In der Hand von ungeschultem Testpersonal könnte die Diagnose aufgrund kultureller Abweichungen des Probanden, Leistungseinbußen wegen seiner Unvertrautheit mit der Testsituation oder der mangelnden Objektivität des Testpersonals zustande gekommen sein.

Erfassung der Beeinträchtigung der Anpassungsleistung Die Diagnose der geistigen Behinderung wird nicht nur aufgrund eines IQ unter 70 vergeben. Manche Personen mit niedrigem IQ sind sehr gut fähig, unabhängig zu leben, während es andere nicht können. Die Fälle von Brian und Jeffrey illustrieren die Bandbreite der Anpassungsleistung.



Brian kommt aus einer Familie mit niedrigem Einkommen. Sowohl zu Hause als auch in der Öffentlichkeit kam er immer gut zurecht. Er kleidete sich und versorgte sich selbst untertags, bis seine Mutter von der Arbeit zurückkehrte. Er konnte auch mit seinen Freunden spielen. Aber in der Schule nahm er nicht am Unterricht teil und machte auch seine Hausaufgaben nicht. Er wirkte nicht kompetent, manchmal sogar verwirrt. Als der Lehrer ihn zum Schulpsychologen schickte, ermittelte dieser einen IQ von 60.

Jeffrey kommt aus einer Familie der oberen Mittelschicht. Seine Entwicklung verlief immer langsam; er saß, stand und sprach spät. Als Säugling und Kleinkind nahm er an einem speziellen Förderungsprogramm teil und erhielt zu Hause besondere Hilfe und Aufmerksamkeit. Heute hat Jeffrey immer noch Schwierigkeiten beim Anziehen, und man kann ihn draußen nicht unbeaufsichtigt lassen, weil er sich sonst verletzt oder auf die Straße läuft. Die Schularbeiten fallen ihm sehr schwer. Der Lehrer muss langsam vorgehen und ihn einzeln anleiten. Bei einem Test im Alter von sechs Jahren erzielte Jeffrey einen IQ-Wert von 60.

Brian scheint an seine Umgebung außerhalb der Schule gut angepasst. Jeffreys Einschränkungen sind tiefgreifender. Seinem niedrigen IQ entspricht eine schlechte Anpassungsfähigkeit zu Hause und auch sonst. Die Diagnose „geistige Behinderung“ könnte auf Jeffrey eher zutreffen als auf Brian.

Zur Beurteilung der Anpassungsfähigkeit wurden verschiedene Skalen entwickelt, zum Beispiel die *Vineland* und die *AAMR Adaptive Behavior Scales* (Bruininks et al. 1996). Solche Skalen sind zwar nützlich, stellen jedoch nicht immer genaue Prädiktoren für die Fähigkeit einer Person zu Selbstständigkeit dar. Manche Personen kommen besser zurecht, als die Skalen es voraussagen,

andere schlechter. Die Kliniker müssen also die Leistungsfähigkeit in jedem Einzelfall selbst beobachten und beurteilen und sowohl den Hintergrund als auch die Maßstäbe der Herkunftsgemeinschaft berücksichtigen (Jacobson & Mulick 1996).

Merkmale geistiger Behinderung Der wichtigste und durchgängigste Unterschied zwischen geistig behinderten und geistig nicht behinderten Menschen besteht darin, dass erstere langsamer lernen (Hodapp & Dykens 2003). Andere Unterschiede zeigen sich bei der Aufmerksamkeit, dem Kurzzeitgedächtnis und der Sprache. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisschwierigkeiten sind besonders typisch für stationär betreute geistig behinderte Menschen, und es ist nicht auszuschließen, dass die mangelnde Stimulation in Institutionen selbst zu diesen und anderen kognitiven Problemen beiträgt.

Das DSM-IV unterscheidet vier Schweregrade der geistigen Behinderung: *leicht* (IQ 50–70), *mittel* (IQ 35–49), *schwer* (IQ 20–34) und *schwerst* (IQ unter 20). Die AAMR (1992) unterscheidet diese vier Kategorien sogar nach der Hilfsbedürftigkeit der Person – „gelegentlich“, „begrenzt“, „umfassend“ oder „durchgängig“.

Leichte geistige Behinderung Etwa 85 Prozent aller geistig behinderten Personen fallen in die Kategorie *leichte geistige Behinderung* (IQ 50–70) (Leonard & Wen 2002). Manchmal bezeichnet man diese Personen als „schulfähig“, weil sie von Schulbildung profitieren können. Sie können im Vorschulalter soziale und kommunikative Fähigkeiten entwickeln. In der Adoleszenz können sie Schulkenntnisse bis etwa zur sechsten Klasse erwerben. Im Erwachsenenalter verfügen sie über ausreichende soziale und berufliche Fähigkeiten, um ihre Grundbedürfnisse zu erfüllen. Eine leichte geistige Behinderung wird selten vor der Einschulung des Kindes festgestellt; meist stellt sie sich erst bei Schulreife- oder ähnlichen Untersuchungen heraus. Interessanterweise scheint sich die intellektuelle Leistung der Personen in dieser Kategorie oft mit steigendem Alter zu verbessern; manche streifen das Etikett offenbar sogar ganz ab, wenn sie die Schule verlassen, und führen ein unbehindertes Leben in der Gemeinde (Bebko & Weiss 2006).

Mangelnde Anregung durch die Umwelt, inadäquate Eltern-Kind-Interaktionen und ungenügende Lernerfahrungen können zu leichter geistiger Behinderung führen (Bebko & Weiss 2006). Diese Zusammenhänge ermittelten Studien, die anregungsarme und -reiche Umgebungen verglichen (Abbildung 17.4). Bei Interventionsprogrammen wurde der Versuch gemacht, die häusliche Umgebung von Kindern mit niedrigem IQ zu bereichern und stimulierender zu machen. Solche Interventionsprogramme können die späteren Schulleistun-

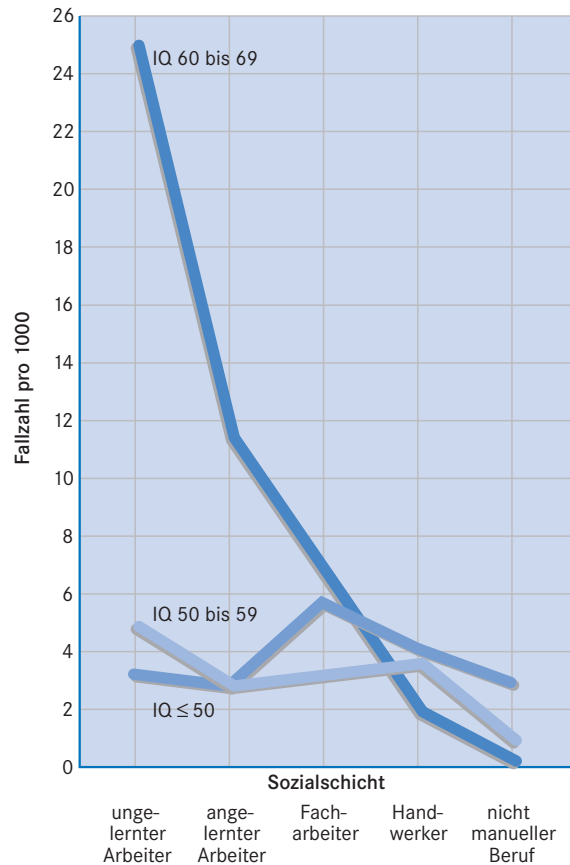


Abb. 17.4 Geistige Behinderung und soziale Schicht Die Prävalenz leichter geistiger Behinderung ist in den unteren sozialen Schichten viel höher als in den oberen. Dagegen sind Formen stärkerer geistiger Behinderung gleichmäßig verteilt (nach Popper 1988).

gen der Kinder erwiesenermaßen verbessern (Sparling et al. 2005).

Obwohl Umweltfaktoren bei leichter geistiger Behinderung eine wichtige Rolle spielen, scheinen auch zumindest einige biologischen Faktoren beteiligt zu sein. Mäßiger Alkohol- oder Drogenkonsum oder Unterernährung der Mutter während der Schwangerschaft können das intellektuelle Potenzial des Kindes schmälern (Neisser et al. 1996). Ähnlich erhöht Unterernährung in der Kindheit das Risiko, dass eine Person eine leichte geistige Behinderung entwickelt, obwohl die Auswirkungen von Unterernährung auf die intellektuelle Entwicklung zumindest teilweise reversibel sind, wenn Kinder rechtzeitig bessere Nahrung zu sich nehmen.

Mäßige, schwere und schwerste geistige Behinderung Die etwa zehn Prozent der geistig behinderten Menschen, die eine *mäßige geistige Behinderung* (IQ 35–49) haben,

können lernen, für sich selbst zu sorgen, und von beruflichem Training profitieren. Sie können auch schulisches Wissen bis zu einem gewissen Grad erwerben, gewöhnlich jedoch nicht über das Niveau der zweiten Klasse hinaus. Als Erwachsene können viele als ungelehrte oder angelernte Arbeiter beschäftigt sein, in der Regel unter Aufsicht. Die meisten mäßig geistig behinderten Personen passen sich gut an das Leben in der Gemeinde an, leben meist jedoch in betreuten Wohneinrichtungen (Bebko & Weiss 2006).

Die etwa drei bis vier Prozent der geistig behinderten Menschen mit *schwerer geistiger Behinderung* (IQ 20–34) erwerben während der Vorschulzeit kaum sprachliche Fertigkeiten. Während der Schulzeit können sie sprechen lernen und durch konzentriertes Training die Grundprinzipien der Hygiene erwerben. Ihr Kommunikationsverständnis ist gewöhnlich besser als ihre Sprachfähigkeit. Sie brauchen in aller Regel sorgfältige Aufsicht, profitieren etwas von beruflichem Training und können nur einfache Arbeiten in beschützenden Werkstätten verrichten. Die meisten passen sich gut an das Leben in der Gemeinschaft an, in Wohngemeinschaften, Pflegeeinrichtungen oder in den eigenen Familien (Bebko & Weiss 2006). Sie sind selten fähig, selbstständig zu leben.

Etwa ein bis zwei Prozent der geistig behinderten Menschen sind *schwerst geistig behindert* (IQ unter 20). Dieser Grad der Behinderung ist bereits bei der Geburt oder frühen Kindheit offensichtlich (Jacobson & Mulick 1996). Bei entsprechendem Training können sie laufen, etwas sprechen und selbstständig essen lernen. Sie brauchen eine hoch strukturierte Umgebung mit enger Aufsicht und Hilfe sowie eine individualisierte Beziehung zu einer Pflegeperson, um sich bestmöglich zu entwickeln (Bebko & Weiss 2006).

Schwere Grade geistiger Behinderung sind oft Teil eines umfassenden Syndroms mit vielfacher körperlicher Behinderung. Die körperlichen Probleme sind oft noch beeinträchtigender als die mäßigen intellektuellen Funktionen der Person und können manchmal auch den Tod verursachen.



In ihren eigenen Worten

„Der IQ-Test wurde geschaffen, um schulische Leistung vorherzusagen, sonst nichts. Wenn wir etwas wollten, das den Erfolg im Leben vorhersagte, müssten wir einen völlig anderen Test erfinden.“

Rober Zajonc, Psychologe, 1984

Ursachen der mäßigen, schweren und schwersten geistigen Behinderung Die Hauptursachen der mäßigen,



Down-Syndrom Bis in die 1970er Jahre schätzten die Kliniker das Potenzial von Kindern mit Down-Syndrom pessimistisch ein. Heute gelten diese Kinder als Menschen, die vieles lernen und leisten können.

schweren und schwersten geistigen Behinderung sind biologischer Natur, obwohl die Betroffenen auch von ihrer Umwelt enorm beeinflusst werden (Bebko & Weiss 2006). Die wichtigsten biologischen Gründe sind genetischer Art durch Chromosomenaberrationen und Stoffwechselstörungen. Insgesamt wurden mehr als tausend genetische Verursachungen geistiger Behinderung festgestellt, von denen aber nur wenige eingehend untersucht wurden (Dykens & Hodapp 2001). Andere biologische Ursachen sind pränatale Bedingungen, Geburtskomplikationen und postnatale Erkrankungen und Verletzungen (Bebko & Weiss 2006).

Chromosomenaberrationen Das **Down-Syndrom** – nach dem britischen Arzt Langdon Down, der es als Erster identifizierte – ist die häufigste Chromosomenaberration, die zu geistiger Behinderung führt. Etwa auf eine von je 1 000 Lebendgeburten kommt ein Down-Syndrom; diese Häufigkeit erhöht sich, wenn die Mutter über 35 Jahre alt ist. Vielen älteren Müttern rät man deshalb heute zu einer *Amniozentese*. Mit dieser Fruchtwasseruntersuchung im vierten Schwangerschaftsmonat lassen sich Down-Syndrom und andere Chromosomenaberrationen feststellen.

Personen mit Down-Syndrom haben ein charakteristisches Aussehen: kleiner Kopf, flaches Gesicht, Schlitzaugen, hohe Wangenknochen und in manchen Fällen eine hervorstehende Zunge. Aus diesem Grund können sie manchmal schlecht artikulieren und sind dann nur schwer zu verstehen. Zwar sind sie oft demonstrativ liebevoll gegenüber Familienmitgliedern, doch zeigen sie darüber hinaus das übliche Spektrum individueller Persönlichkeitsmerkmale (Carr 1994) (Abbildung oben).

Verschiedene Arten von Chromosomenaberrationen können das Down-Syndrom verursachen. Beim häufigsten Typ, der sogenannten *Trisomie 21*, die in 94 Prozent der Fälle vorliegt, besitzt der Betroffene das freie Chromosom 21 drei- statt zweifach (Pueschel & Thuline 1991). Bei einem zweiten Typ, der *Translokation*, gibt es zwei normale Chromosomen 21 und ein drittes Chromosom 21, das an ein anderes Chromosom (15 oder 13) angeheftet ist. Und bei der dritten, extrem seltenen Variante, dem *Mosaik*, kommen bei derselben Person Zellen mit zwei und Zellen mit drei Chromosomen 21 vor. Die meisten Betroffenen weisen einen IQ von 35 bis 55 auf. Der Alterungsprozess scheint bei Menschen mit Down-Syndrom schneller zu verlaufen, und die meisten zeigen um die 40 Jahre schon Zeichen von Senilität (Bebko & Weiss 2006). Es wurde festgestellt, dass das Down-Syndrom und frühe Demenz deshalb zusammen auftreten, weil die jeweils zugrunde liegenden Gene auf dem Chromosom 21 nahe beieinander liegen (Selkoe 1991).

Das *fragile-X-Syndrom* ist die zweithäufigste chromosomale Ursache geistiger Behinderung. Kinder, die mit einem fragilen X-Chromosom geboren wurden (einem x-Chromosom mit einer genetischen Abnormalität, die zur Zerstückelung führen kann), zeigen schwache bis mäßige Grade intellektueller Dysfunktionen, Sprachbeeinträchtigung und, in manchen Fällen, Verhaltensstörungen – Schwierigkeiten, die vor allem in der Adoleszenz offensichtlich werden (Eliez & Feinstein 2001). Diese Personen sind typischerweise scheu und ängstlich, und die männlichen Fälle zeigen *theory of mind*-Defizite (AAMR 2005).

Stoffwechselstörungen Stoffwechselstörungen, die Intelligenz und Entwicklung beeinträchtigen, entstehen in der Regel, wenn zwei defekte *rezessive Gene*, eines von jedem Elternteil, vererbt werden. Ein derartiges Gen allein hätte keine Auswirkungen, wenn es mit einem normalen dominanten Gen gepaart wäre, doch sein Vorhandensein mit einem weiteren defekten Gen führt zu biochemischen und damit Stoffwechselstörungen beim Kind.

Die häufigste Stoffwechselstörung, die geistige Behinderung verursacht, ist die *Phenylketonurie (PKU)*. Etwa eines von je 17 000 Kindern leidet an dieser Störung. Säuglinge mit PKU wirken bei der Geburt normal, können jedoch die Aminosäure *Phenylalanin* nicht zu *Tyrosin* umbauen. So reichert ihr Stoffwechsel das Phenylalanin an und wandelt es in giftige Substanzen um, die zu schwerer geistiger Behinderung führen. Wenn betroffene Kinder früh genug diagnostiziert werden und vor dem Alter von drei Monaten phenylalaninarme Kost erhalten, kann sich ihre Intelligenz normal entwickeln.

Beim *Tay-Sachs-Syndrom*, einer anderen Stoffwechselstörung, die auf einer Paarung rezessiver Gene beruht, fehlt den Nervenzellen des Säuglings ein Enzym, sodass sich übermäßig viel Fett in ihnen ablagert, was wiederum fortschreitenden geistigen Abbau und Verlust der Seh- und Bewegungsfähigkeit, gefolgt vom Tod, hervorruft. Eine von 30 Personen jüdisch-osteuropäischer Herkunft trägt das für diese Störung verantwortliche rezessive Gen, sodass eines von je 900 jüdischen Paaren das Risiko trägt, ein Kind mit Tay-Sachs-Syndrom zu bekommen.

Pränatale und geburtsbedingte Ursachen Während der Entwicklung des Fötus können schwer wiegende körperliche Probleme der schwangeren Mutter die Chancen des Kindes für ein normales Leben schmälern (Bebko & Weiss 2006). Wenn eine Schwangere beispielsweise zu wenig Jod aufnimmt, kann ihr Kind *Kretinismus* entwickeln. Aufgrund des Jodmangels entsteht bei dem Kind eine zu geringe Menge des Hormons Thyroxin und infolgedessen eine defekte Schilddrüse. Dies verlangsamt die Entwicklung und führt zu geistiger Behinderung. Die Störung ist inzwischen selten, da heute meist jodiertes Speisesalz verwendet wird. Auch kann man einem Kind, das mit dieser Störung geboren wird, rasch Schilddrüsenextrakt verabreichen und damit eine relativ normale Entwicklung bewirken.

Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft Alkohol oder andere Drogen missbrauchen, tragen ebenfalls das Risiko einer geistigen Behinderung. Wie in Kapitel 12 erwähnt, können solche Kinder mit einer schwer wiegenden Symptomatik, der sogenannten *Alkoholembyopathie*, geboren werden: Der Säugling wiegt weniger als normal und ist geistig behindert. Infektionen der Mutter während der Schwangerschaft können eine Reihe von Störungen des Kindesalters bedingen. *Röteln* sind eine der bekanntesten Infektionen dieser Art. Eine andere Infektionskrankheit der Mutter, die zu geistiger Behinderung des Kindes führen kann, ist *Syphilis*.

Auch Geburtskomplikationen können geistige Behinderung zur Folge haben, wie *Anoxie* (Sauerstoffmangel) und *extreme Frühgeburt*. Eine längere Phase ohne Sauerstoff unter oder nach der Geburt kann zu einem Hirnschaden und zu geistiger Behinderung beim Kind führen (Erickson 1992). Ähnlich fand man, dass zwar eine Frühgeburt das Kind nicht unbedingt gefährdet, dass jedoch ein sehr niedriges Geburtsgewicht (unter 1 500 Gramm) bei einer Frühgeburt eine mehr oder weniger ausgeprägte geistige Behinderung nach sich ziehen kann (Neisser et al. 1996).

Erkrankungs- und verletzungsbedingte Ursachen Nach der Geburt, insbesondere bis zum Alter von sechs Jah-

ren, können bestimmte Erkrankungen und Verletzungen geistige Behinderung zur Folge haben. Vergiftungen, schwere Kopfverletzungen durch Unfall oder Misshandlung, starke Einwirkung von Röntgenstrahlung und übermäßiger Konsum bestimmter Substanzen stellen einschlägige Gefahren dar (Evans 2006). Eine *Bleivergiftung* beispielsweise, etwa durch das Verschlucken bleihaltiger Farben oder das häufige Einatmen von Autoabgasen, kann den Zellstoffwechsel stören und bei den Kindern geistige Behinderung verursachen. Auch Vergiftungen durch Quecksilber, Strahlung, Nitrit und Pestizide können geistige Behinderung hervorrufen. In manchen Fällen haben auch bestimmte Infektionen wie *Meningitis* und *Enzephalitis* in den ersten Lebensjahren eines Kindes geistige Behinderung zur Folge (Baroff & Olley 1999).

Behandlungen für geistig behinderte Menschen Die Lebensqualität geistig behinderter Menschen hängt von mehreren Faktoren ab: 1) von ihrer Wohnumgebung, 2) von der Art der Schul- und Therapieprogramme, an denen sie teilnehmen, und 3) von den Entwicklungsmöglichkeiten, die ihre Familie und ihre Gemeinde ihnen bieten. Interventionsprogramme für geistig Behinderte wenden sich daher in erster Linie an die Art der bereitgestellten Wohnbereiche, den Komfort und die Stimulation, die sie bieten, wie auch an das Training und die sozialen und wirtschaftlichen Möglichkeiten. Darüber hinaus werden psychologische und medikamentöse Behandlungen eingesetzt.

Wohnalternativen Geistig behinderte Menschen werden häufig in öffentlichen Institutionen untergebracht, in denen ihnen angemessene Betreuung, Therapie und Schulbildung geboten werden sollen. Oft sind diese Anstalten in der Praxis zu groß und dienen nur der Verwahrung. Die geistig behinderten Menschen werden vernachlässigt, manchmal misshandelt und von der Gesellschaft isoliert. Ed Murphy erinnert sich an seine Erfahrungen in einer solchen Anstalt:



Sie hatten beschlossen, mich auf P-8 – eine Langzeitstation – einzuweisen, als nur ein Mann mich ansah. Ich war ein Wrack. Ich trug einen Bart und unförmige Anstaltskleidung. Ich war gerade eben angekommen. Ich versuchte zu verstehen, was vor sich ging. Ich war durcheinander. So wie ich aussah, war ich Material für P-8. Und dann war da noch diese Oberärztin. Sie kam auf die Station und schaute mich an und sagte: „Ich habe ihn für P-8 vorgesehen.“ Ein älterer Arzt war auch da. Er schaute zu mir rüber und sagte: „Er ist zu helle für diese Station. Ich finde, wir sollten ihn behalten.“ ...

Natürlich wusste ich damals nicht, was P-8 war, aber ich erfuhr es noch. Ein paar Mal kam ich wegen eines Arbeitsauftrags da oben hin. Dieser Mann hat mir das Leben gerettet. Und da war eine Frau, die ich nie zuvor gesehen hatte, die angeblich die Leiterin der Abteilung war, und sie hatte nur einen flüchtigen Blick auf mich geworfen. Deshalb bin ich absolut sicher, dass, wenn ich dahin gekommen wäre, ich hingepasst hätte und immer noch dort wäre.

Bogdan & Taylor 1976, S. 49

Interessengruppen von Eltern, gesetzgeberische Maßnahmen und ein geschärftes öffentliches Bewusstsein haben bewirkt, dass kleine Einrichtungen für geistig behinderte Personen eingerichtet wurden, die deren Selbstständigkeit förderten. Die Personen in diesen Einrichtungen wurden besser betreut, zeigten IQ-Zuwächse und gaben an, glücklicher zu sein als früher. In Dänemark und Schweden nahm man *Normalisierungsprogramme* in Einrichtungen für geistig behinderte Personen in Angriff. Diese Programme boten Lebensbedingungen und Tätigkeiten, die den in der Gesellschaft allgemein üblichen ähnelten. Die Teilnehmer an diesen Programmen kamen in den Genuss einer flexiblen Tagesgestaltung, normaler Entwicklungserfahrungen, freier Entscheidungsmöglichkeiten, des Rechtes auf sexuelle Erfüllung und normaler wirtschaftlicher Freiheiten. Heute verfahren viele Einrichtungen nach Normalisierungsprogrammen, und die geistig behinderten Personen werden auch in Einrichtungen in der Gemeinde versorgt (Hodapp & Dykens 2003).

Heute lebt die große Mehrzahl der geistig behinderten Kinder eher zu Hause als in einer Einrichtung, bis sie schließlich in ein kommunales Wohnheim ziehen können. Doch sogar mit einem starken Unterstützungssystem kommen manche Eltern mit einem behinderten Kind nicht zurecht. Unter solchen Umständen ist eine gemeindenähe Unterbringung eine adäquate Alternative (Krauss et al. 1992).

Schulbildungsprogramme Die Art der Schulbildung hängt von dem Schweregrad der Behinderung des Kindes ab (Bebko & Weiss 2006). Eine der heftigsten schulischen Debatten der Schulerziehung kreist um die richtige schulische Umgebung für geistig behinderte Personen. Einige Fachleute treten für die Sonderschule ein, andere für die Regelschule (Hardman, Drew & Egan 2002). In der *Sonderschule* kommen geistig behinderte Kinder nur mit anderen geistig behinderten Kindern zusammen und werden nach einem besonderen Lehrplan unterrichtet. In der *Regelschule* erhalten geistig behinderte Kinder gemeinsam mit nicht behinderten Kindern Unterricht. Es ist noch unklar, welche Strategie die günstigere ist. Wahrscheinlich ist die Sonderschule für man-

che Kinder besser und die Regelschule für andere (Cummins & Lau 2003).

Das Ausmaß, zu dem Lehrer auf die Arbeit mit geistig behinderten Kindern vorbereitet wurden, scheint ein wesentlicher Faktor zu sein. Viele Lehrer wissen nicht, wie sie mit behinderten Kindern verfahren sollen (Scheuermann et al. 2003) und bedürfen daher der Schulung, die sie über Kinder mit speziellen Bedürfnissen informiert (Campbell, Gilmore & Cuskelly 2003).

Bei der Erziehung geistig behinderter Kinder werden routinemäßig operante Lernprinzipien angewandt. Die Lehrer zerlegen die Lernaufgaben in kleine Schritte und verstärken die Bewältigung jedes Schrittes positiv. Auf diese Weise können die Betroffenen verschiedene Aufgaben meistern lernen: Alltagsfertigkeiten, angemessene verbale und soziale Reaktionen und schulische Aufgaben (Ardoin et al. 2004). Auch werden zunehmend Computerprogramme, die Verstärkungsprinzipien anwenden, bei der Erziehung geistig behinderter Personen eingesetzt. Viele Institutionen, Schulen und Privathaushalte haben *Wertmarken-Verstärkungssysteme* eingeführt – die operanten Lernprogramme, die man in großem Maßstab bei hospitalisierten schizophrenen Patienten anwandte.

Therapie Geistig behinderte Personen haben häufig emotionale und verhaltensbezogene Probleme. Bis zu 25 Prozent aller geistig behinderten Personen haben neben ihrer Behinderung eine weitere diagnostizierbare psychische Störung (McBrien 2003). Außerdem können die Betroffenen aller Schweregrade unter niedrigem Selbstwertgefühl, zwischenmenschlichen Schwierigkeiten und sozialen Anpassungsproblemen leiden. Einzel- und Gruppentherapie sind in manchen Fällen Therapieformen für geistig behinderte Personen (Rush & Frances 2000). Eine große Anzahl geistig behinderter Personen erhält wegen emotionaler oder Verhaltensprobleme auch Medikamente (Matson et al. 2000). Viele Kliniker vermuten, dass die Medikamente allzu oft einfach nur dazu eingesetzt werden, die geistig behinderten Personen fügsam zu halten.

Chancen zu persönlicher, sozialer und beruflicher Weiterentwicklung Zusätzlich zu angemessener Wohnmöglichkeit, Schulbildung und Therapie brauchen geistig behinderte Personen Chancen zu *persönlicher, sozialer und beruflicher Weiterentwicklung*. Das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Kompetenz trägt stark zum persönlichen Wachstum bei, und auch geistig behinderte Menschen können dies erreichen, wenn sie ohne unangebrachten Druck selbst über ihr Leben entscheiden dürfen (Harris, Kasari & Sigman 1996). Dänemark und Schweden, die Ursprungsländer der Normalisierungsbe-

wegung, haben auch auf diesem Gebiet Wegweisendes geleistet (Perske 1972).

Der Umgang mit dem anderen Geschlecht, Sexualität und Ehe sind schwierige Themen für geistig behinderte Personen und ihre Familien. Doch können sie mit der richtigen Schulung und Übung in der Regel lernen, Verhütungsmittel zu benutzen und verantwortungsvoll Familienplanung zu betreiben. In manchen Staaten schränken Gesetze die Heiratsmöglichkeiten für geistig behinderte Personen mit der Begründung ein, diese verstünden die Verpflichtungen, die die Ehe mit sich bringt, nicht. Das Betreuungsgesetz der Bundesrepublik Deutschland von 1991 enthält prinzipiell keine Einschränkungen, auch wenn eine Betreuung eingerichtet ist. Entgegen dem öffentlichen Vorurteil können die Ehen sehr erfolgreich sein. Während manche geistig behinderten Personen fähig sind, ohne besondere Schwierigkeiten Kinder zu erziehen, sind andere auf besondere Hilfe und Dienstleistungen der Gemeinde angewiesen (Levesque 1996).

Schließlich brauchen geistig behinderte Erwachsene die Selbstverwirklichung, die Strukturierung des Lebens, die soziale Anregung und die finanzielle Belohnung, die eine Arbeitsstelle bieten kann (Kiernan 2000). Viele geistig behinderte Personen arbeiten in *beschützenden Werkstätten*, wo Arbeitstempo und -art auf ihre Fähigkeiten zugeschnitten sind und wo sie beaufsichtigt werden. Nach einer Ausbildung in einer dieser Werkstätten begeben sich viele leicht oder mäßig geistig behinderte Menschen auf den normalen Arbeitsmarkt.

Obwohl sich die Förderangebote für geistig behinderte Personen in den vergangenen Jahren sowohl quantitativ als auch qualitativ verbessert haben, bleibt noch viel zu tun. Man schätzt sogar, dass die Mehrzahl der geistig behinderten Menschen heute immer noch nicht in den vollen Genuss aller schulischen und beruflichen Trainingsmöglichkeiten, die ihnen nutzen würden, kommt. Es bedarf auch zusätzlicher Maßnahmen zu weiteren erzieherischen, therapeutischen und berufsbildenden Innovationen als auch zu einer besseren Aufklärung der Öffentlichkeit über geistige Behinderung.

Entdeckung der Kindheit und Adoleszenz

Im frühen 20. Jahrhundert haben klinische Psychologen Kinder weitgehend ignoriert (Phares 2003). Diese wurden bestenfalls als kleine Erwachsene angesehen, und psychologische Probleme wurden wie die Erwachsener behandelt (Peterson & Roberts 1991). Heute haben die

Probleme und speziellen Bedürfnisse junger Menschen die Aufmerksamkeit klinischer Forscher geweckt. Unter den führenden erklärenden Modellen spielen vor allem sie soziokulturellen – insbesondere die Familienperspektive – eine wichtige Rolle.

Da Kinder und Jugendliche nur begrenzte Kontrolle über ihr Leben haben, sind sie besonders stark von den Haltungen und Reaktionen ihrer Familienmitglieder abhängig. Aus diesem Grund müssen Kliniker auf diese Haltungen und Reaktionen eingehen, wenn sie die Probleme der Kinder behandeln. Die Behandlung der Störung des Sozialverhaltens, von ADH, geistiger Behinderung und anderer Probleme der Kindheit und Adoleszenz wird sich als wenig wirksam erweisen, wenn nicht auch die Familie bei der Behandlung mitarbeitet.

Gleichzeitig zeigte sich, dass eine zu enge Konzentration auf die Rolle der Familie ebenfalls zu Problemen führen kann. Die Ursache für Probleme nur im Familienleben zu suchen, erwies sich als falsch und hat darü-

ber hinaus zu ungerechtfertigten Schuldgefühlen bei den ohnedies übermäßig belasteten Eltern geführt. Das trifft sowohl auf Störungen wie den Autismus zu wie auch auf Angst und Depression bei Jugendlichen, die oft eine Funktion der Interaktion mit Peers sind.



In ihren eigenen Worten

„Es ist eine Illusion, dass die Jugendzeit eine glückliche Zeit ist, eine Illusion derer, die sie verloren haben.“

W. Somerset Maugham, *Of Human Bondage*, 1915

„Aus dem Knaben wird nichts werden.“

Jakob Freud 1864 über seinen achtjährigen Sohn Sigmund, nachdem dieser im Schlafzimmer der Eltern uriniert hatte

„Das müssen wir tun.“

Dylan Klebold 1999, der auf einem vorher angefertigten Videofilm sein Töten an der Columbine High School erklärt

Σ Zusammenfassung

Störungen in der Kindheit und Adoleszenz Emotionale und Verhaltensprobleme treten in der Kindheit und Adoleszenz häufig auf. Doch leiden bis zu einem Fünftel aller Kinder und Jugendlichen unter einer diagnostizierbaren Störung.

Manche Kinder gehen weit über die üblichen Regelverletzungen hinaus und verhalten sich sehr aggressiv. Kinder mit einer *Störung mit oppositionellem Trotzverhalten* streiten wiederholt mit Erwachsenen und verlieren die Beherrschung. Diejenigen mit einer *Störung des Sozialverhaltens*, einer schwereren Störung, verletzen wiederholt die grundlegenden Rechte anderer. Diese Kinder sind oft gewalttätig und grausam, und oft lügen sie, stehlen und laufen weg.

Kinder mit einer *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADH)* sind übermäßig unaufmerksam bei Aufgaben oder handeln impulsiv und bewegen sich ständig oder beides. Verhaltenstherapeutische Programme stellen eine wirksame Behandlung dar. Kinder mit *Störungen der Ausscheidung – Enuresis und Enkopresis* – urinieren und defäzieren wiederholt an hierfür nicht vorgesehenen Stellen, entweder tagsüber oder nachts während des Schlafes oder beides. Mit der ver-

haltenstherapeutischen Klingeltechnik lässt sich Enuresis wirksam behandeln.

Langzeitstörungen, die in der Kindheit beginnen Tiefgreifende Entwicklungsstörungen und geistige Behinderung sind Probleme, die früh in Erscheinung treten und über das ganze Leben der Betroffenen anhalten. Autismus und geistige Behinderung zeigen sich schon früh und dauern gewöhnlich das ganze Leben an. Kinder mit *Autismus* sind sozial nicht ansprechbar, haben Sprach- und Kommunikationsdefizite (darunter *Echolalie*, *Vertauschung der Pronomina*), sind nur begrenzt fähig zu symbolischem Spiel und zeigen abweichende Reaktionen auf die Umwelt (wie *Beharren auf Eintönigkeit* und *starke Bindung an Objekte, selbststimulierendes und selbstverletzendes Verhalten*). Kinder mit Asperger-Störung, einer anderen tief greifenden Entwicklungsstörung, zeigen weit reichende soziale Beeinträchtigung, gleichzeitig aber auch ein relativ hohes Niveau intellektueller und sprachlicher Fähigkeiten.

Zu den Erklärungsansätzen gehören kognitive Defizite wie die Unfähigkeit, eine *theory of mind* zu entwickeln, und biologische Auffälligkeiten wie eine abnorme

Entwicklung des Kleinhirns. Zwar kann keine Therapie das autistische Muster gänzlich beseitigen, doch einen gewissen Nutzen zeitigen Verhaltenstherapien, Kommunikationstraining, Elternt raining und gemeindenähe Versorgung.

Personen mit einer *geistigen Behinderung* haben eine deutlich unterdurchschnittliche Intelligenz (gemessen mit Intelligenztests), zeigen gleichzeitig Defizite oder Beeinträchtigungen des Anpassungsverhaltens. Etwa drei von je 100 Personen erhalten die Diagnose „geistige Behinderung“. *Leichte geistige Behinderung*, der häufigste Schweregrad, wurde vor allem mit Umweltfaktoren wie anrengungsarmer Umwelt, inadäquaten Eltern-Kind-Interaktionen und ungenügenden frühen Lernerfahrungen in Verbindung gebracht. Die überwiegenden Gründe der *mäßigen, schweren und schwersten geistigen Behinderung* sind biologischer Natur, obwohl die Betroffenen auch enorm von ihrer Umwelt beeinflusst werden. Die häufigsten biologischen Ursachen sind *Chromosomenaberrationen* (beispielsweise *Down-Syndrom*), *Stoffwechselstörungen*, die in der Regel auf die Paarung zweier defekter rezessiver Gene zurückgehen (beispielsweise *Phenylketonurie (PKU)* und *Tay-Sachs-Syndrom*), Stö-

rungen aufgrund *pränataler Komplikationen* (*Kretinismus* und *Alkoholembryopathie*), Störungen aufgrund von *Geburtskomplikationen* wie Anoxie oder extreme Frühgeburt sowie Krankheiten und Verletzungen in der Kindheit.

Heute werden bei Behandlungsprogrammen für geistig Behinderte die Wichtigkeit einer behaglichen und anregenden Wohnumgebung, entweder zu Hause oder in Institutionen, und die Prinzipien der *Normalisierung* betont. Andere wichtige Interventionen betreffen eine angemessene schulische Erziehung, Behandlung psychologischer Probleme und Programme, die sich der Probleme hinsichtlich Sozialisierung, Sex, Eheschließung und beruflicher Perspektiven annehmen. Eine der heftigsten Debatten im Bereich der Schulbildung kreist um die Frage, welche schulische Umgebung für geistig behinderte Personen angemessen ist, und spaltet Befürworter der *Regelschule* und Befürworter der *Sonderschule*. Die Forschung hat die Streitfrage noch nicht geklärt. Im Allgemeinen erwies sich der pädagogische Einsatz von operanten Lernprinzipien bei der Erziehung behinderter Personen als erfolgreich.

Zum Nachdenken

1. Obwohl mehr Jungen als Mädchen psychische Störungen zeigen, ist es im Erwachsenenalter umgekehrt; mehr Frauen als Männer leiden an Störungen. Welche Belastungen von Frauen in westlichen Industrieländern könnten für diese Umkehrung im Geschlechterverhältnis zuständig sein?
2. Die Häufigkeit wiederholter Verhaftungen ist bei Jugendlichen, die in Jugendtrainingszentren waren, etwa 80 Pro-

zent (Erickson 1992). Auf welche Weise könnten die Trainingszentren zu dieser Wiederholungstäterschaft beitragen?

4. Was könnten die Vor- und Nachteile der Zuteilung von geistig behinderten Kindern zu Sonder- und Regelschulen sein?